



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

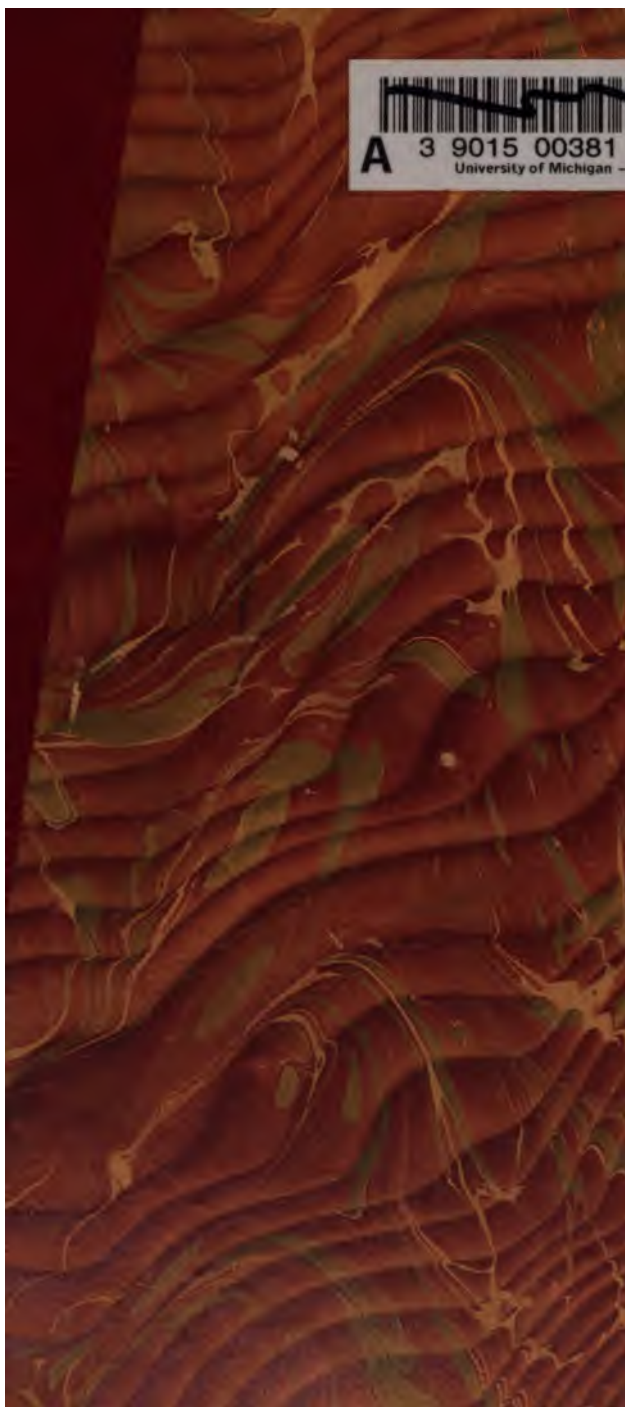
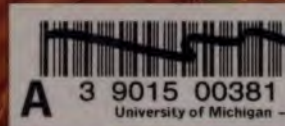
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

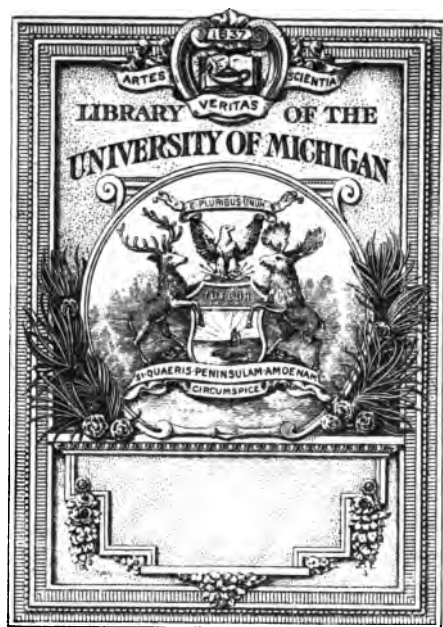
Nous vous demandons également de:

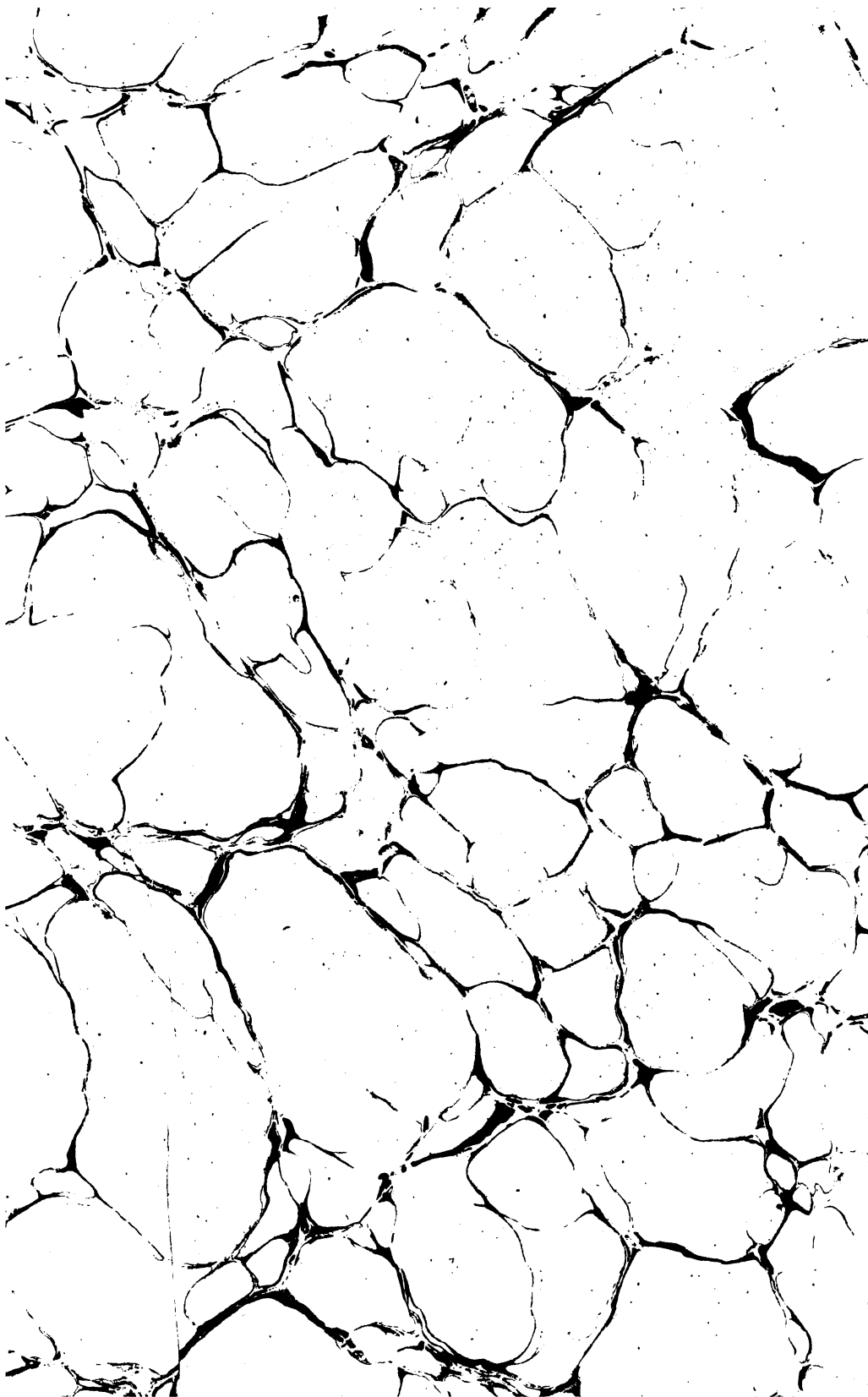
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>







610,5-
S'678
013

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

BULLETINS & MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE

ET

GYNÉCOLOGIQUE

DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1898

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DE MM.

PORAK

Secrétaire général

CAUBET

Secrétaire des Séances

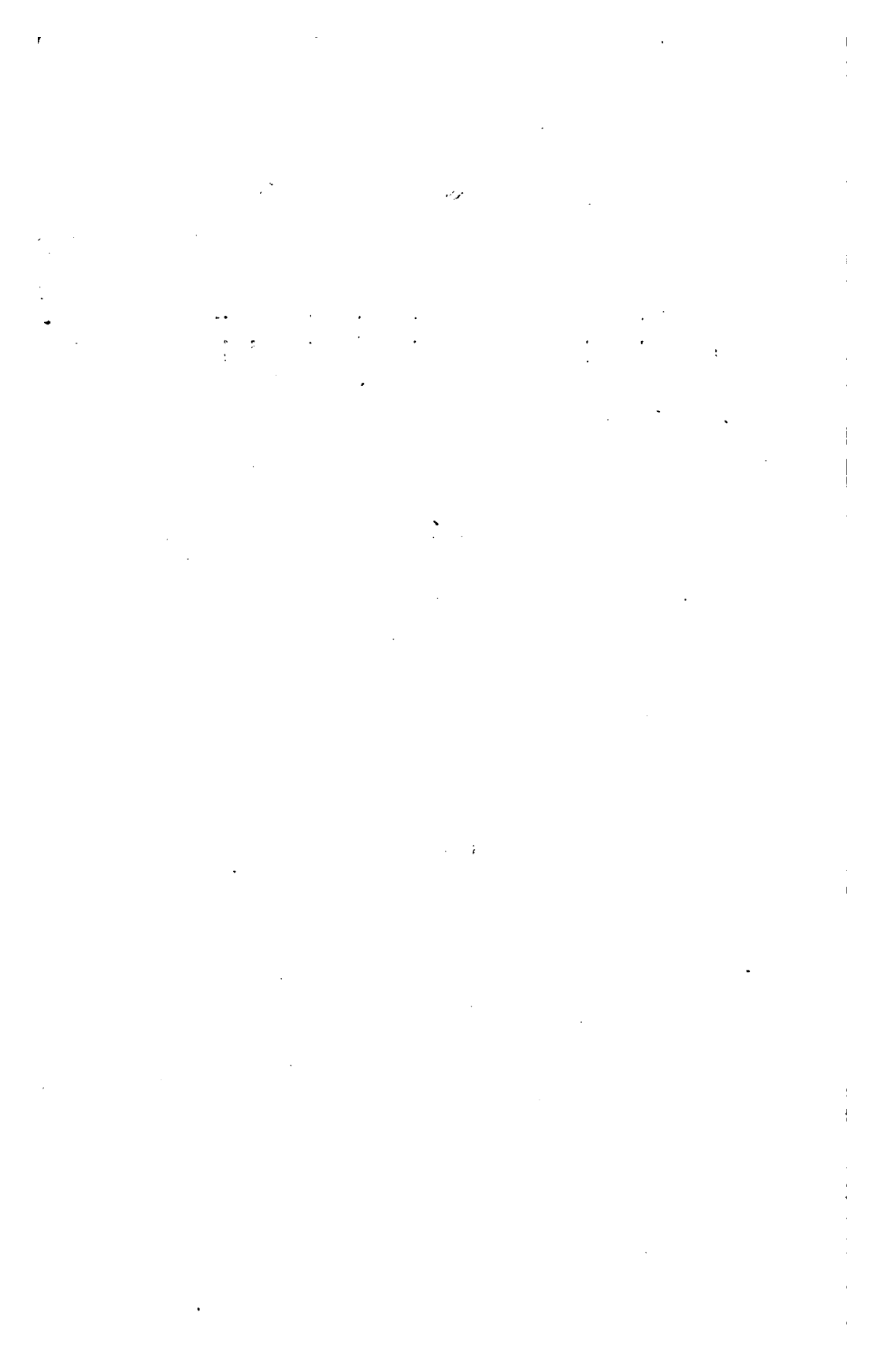


PARIS

MALOINE, ÉDITEUR

23 ET 25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

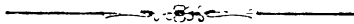
—
1899



SOCIÉTÉ
OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
DE PARIS

Composition du Bureau
POUR L'ANNÉE 1899

<i>Président,</i>	MM. KIRMISSON.
<i>1^{er} Vice-Président,</i>	BAR.
<i>2^e Vice-Président,</i>	SCHWARTZ.
<i>Secrétaire-général,</i>	PORAK.
<i>Secrétaire des séances,</i>	CAUBET.
<i>Secrétaire-adjoint,</i>	TISSIER.
<i>Trésorier-Archiviste,</i>	OLIVIER.



MEMBRES HONORAIRES

MM.		
F. — AUVARD.	F. — DUPLAY.	F. — MARCHAND.
F. — AVRARD.	F. — DE SOYRE.	F. — PÉRIER.
F. — BERGER.	F. — FERDUT.	F. — A. PETIT.
F. — CHARPENTIER.	F. — GUENIOT.	F. — POLAILLON.
	1886 — LE PILEUR.	F. — VERRIER.

MEMBRES TITULAIRES

MM.		MM.	
1889. BAR, 122, rue de la Boétie.		1887. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,	
1898. BLONDEL, rue de Castellan, 8.		3, avenue Montaigne.	
1894. BOISSARD, 47, rue de Berlin.		F. — LUTAUD, 47, boul. Haussmann.	
1889. BONNAIRE, 37 <i>ter</i> , rue de Bourgogne.		1889. MAYGRIER, 10, rue de Mogador.	
1890. BONNET, 13, rue de Turin.		1891. NITOT, 105, rue St-Lazare.	
1889. BUDIN, 4, avenue Hoche.		F. — NIVERT, 22, rue Bayard.	
1895. CAUBET, 31, rue La Rochefoucault.		F. — OLIVIER, 6, rue Maubeuge.	
F. — DOLERIS, 20, boul. de Courcelles.		1894. PENOYÉE, 8, rue de Louvois.	
F. — DUMONT-PALLIER, 24, rue Vignon.		1889. P. PETIT, 30, rue Racine.	
1893. FOURNEL, 50, rue Richer.		1894. PICHEVIN, 18, rue Caudmartin.	
1891. GENDRON, 8, rue Segurier.		1890. POITOU-DUPLESSY, 40, rue Jouffroy.	
F. — GRESLOU, 7, rue Rouget-de-Lisle.		F. — PORAK, 176, boulevard Saint-Germain.	
1887. JOUIN, 11 bis, cité Trévise.		1886. REY, 7, rue Saint-Lazare.	
1888. KIRMISSON, 6, rue Solferino.		1892. REYNIER, 2, rue de Rome.	
F. — LABUSQUIÈRE, 5, rue Coëtlogon.		1886. RICHELOT, 32, rue de Penhièvre.	
F. — LOVIOT, 14, rue de Hambourg.		1889. SCHWARTZ, 122, boulevard Saint-Germain.	
1898. LUCAS, 132, rue de Rennes.		1895. TISSIER, 8, rue Boccador.	
		1893. TOUVENAIN, 27, boulevard de Montmorency.	

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

MM.		MM.	
1894. BEUGNIES-CORBEAU (Givet).		1898. LEMANSKY (Tunis).	
1885. BOUSQUET (Marseille).		1893. LERICHE (Nice).	
1889. CORDES (Genève).		1896. LOP (Marseille).	
1891. CROUZAT (Toulouse).		1895. LUGEOL (Bordeaux).	
1895. DELASSUS (Lille).		1896. MANGIN (Marseille).	
1890. DUMAS (Levignau-Gard).		1886. MARTEL (Saint-Malo).	
1895. DUMONT (Tourcoing).		1892. PARA (La Ferté-Alais).	
1898. FOURNIER (Amiens).		1886. PERRET (Rennes).	
1899. GAUTHIER (Luxeuil).		1893. QUEIREL (Marseille).	
1892. FRAISSE (Roubaix).		1889. ROUVIER (Beyrouth).	
1887. HIRIGOYEN (Bordeaux).		1889. SABAIL (Saint-Sauveur).	
1890. LEFOUR (Bordeaux).		1889. SECHEYRON (Toulouse).	
		1886. TRIAIRE (Tours).	

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM.	MM.
1890. AUGER (Montréal).	1891. JENTZER (Genève).
1891. BARNES (F.) (Londres).	1891. H. O. KELLY (Baltimore).
1898. M. BARREIRO (Mexico).	1894. KUMMER (Genève).
1889. BETRIX (Genève).	1887. LA TORRE (Rome).
1891. CHEVRIER (Ottawa).	1894. LAURO (Naples).
1885. CLOPATOFSKY (Bogota).	1887. LUSK (New-York).
1892. COROMILAS (Calamata).	1895. C. MARTIN de ARGENTA
1886. CORTIGUERA (Santander).	(Salamanque).
1898. CUMSTON (Boston).	1889. MISRACHI (Salonique).
1895. DUDLEY (Patterson).	1895. MONTAYA (Medellin).
1887. CRUCEANU (Bucharest).	1889. NARICH (Smyrne).
1895. S. GACHE (Buenos-Ayres).	1886. NEUGEBAUER (Varsovie).
1891. GEHRUNG (Saint-Louis).	1892. POLK (New-York).
1896. GODINHO (Lisbourne).	1892. REVERDIN (A.) (Genève).
1894. HADGES (Caire).	1898. SERWOOD-DUNN (Boston).
1895. HARRIS (Chicago).	1892. SK NE (Brooklyn).
1896. HENROTAY (Anvers).	1893. SLAVIANSKY (Saint-Pé-
1895. HUNTER ROBB (Cleveland).	tersbourg).
1890. JACOBS (Bruxelles).	1890. TREUB (Amsterdam).

MEMBRES DÉCÉDÉS DEPUIS LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ

MM. BAILLY.	GALLARD.	RICHEL.
BERLIN.	GILLETTE.	SIREDEY.
BERNUTZ.	A. GUERIN.	TERRILLON.
BLANC.	GUICHARD.	THEVENOT.
BUREAU.	MARTINEAU.	VULLIET.
DE SOYRE.	NEUGEBAUER pere.	WASSEIGE.
DEVILLIERS.	PAJOT.	

JOURS DES SÉANCES

Jeudi	12 Janvier.	Jeudi	8 Juin.
—	9 Février.	—	13 Juillet.
—	9 Mars.	—	12 Octobre.
—	13 Avril.	—	9 Novembre.
—	11 Mai.	—	14 Décembre.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du jeudi 13 décembre 1898.

Présidence de M. RICHELOT.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal. — Installation du Bureau pour l'année 1898 : Discours de M. RICHELOT. — Discours de M. DOLÉRIS.

Correspondance : Journaux habituels.

Communication : M. LOVIOT : Obs. I. Chorée au cours de la grossesse. — Obs. II. Sur l'emploi du sérum artificiel chez les nouveau-nés débiles.

M. RICHELOT.

Messieurs,

En cédant le fauteuil à mon collègue Dolérís, permettez-moi de vous dire combien j'ai été flatté d'avoir à présider vos séances pendant une année, et combien je vous sais gré de la bienveillance que vous m'avez montrée. Ma présidence, bien facile, a été pour moi l'occasion de voir passer sous mes yeux beaucoup de faits cliniques et de pièces du plus haut intérêt ; je dirais trop facile, si je ne craignais que ce mot n'eût l'air d'un reproche en vous rappelant le nombre restreint et l'ardeur modérée de nos discussions. Heureusement, j'ai pour successeur un collègue dont l'activité, dans toutes les branches de la gynécologie et de l'obstétrique, s'est toujours dépensée avec largesse et à servi d'aliment à la plupart de nos réunions. Sa direction, je n'en doute pas, donnera une vie nouvelle à vos délibérations, et je lui cède la place en applaudissant d'avance aux efforts qu'il fera et que vous saurez seconder pour soutenir le bon renom de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

M. DOLÉRIS.

Messieurs,

Je vous remercie sincèrement de la preuve d'estime que vous m'avez donnée en m'appelant à la présidence de votre Société.

Admis un des premiers à en faire partie, au moment de sa fondation, je n'ai pas cessé de coopérer à ses travaux et j'ai mis à son service toute l'activité dont j'ai été capable.

Il n'est que juste de reconnaître qu'elle s'est montrée pour tous

ses membres, en particulier pour les plus jeunes, aussi généreuse que bienveillante, en accueillant leurs moindres productions, en encourageant leurs efforts et en protégeant leurs écrits de l'autorité de son bulletin.

Pour ma part, je suis profondément reconnaissant à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, d'avoir stimulé et entretenu mon ardeur, et je suis sincère en disant que c'est à elle qu'est due la notoriété de mes premiers essais en gynécologie.

Je ne saurais l'oublier, et je ne puis mieux l'en remercier qu'en l'assurant de mon dévouement le plus absolu.

Je devrais peut-être me borner à ces paroles de remerciement.

Cependant, il ne m'est pas possible, en ouvrant la première séance de cette année, de ne pas toucher à un sujet grave et bien fait pour émouvoir ceux qui aiment réellement notre société :

Permettez moi donc, Messieurs, de regretter ces années fécondes où les réunions étaient suivies, les communications nombreuses et les discussions nourries, grâce au concours et au dévouement de tous.

Si beaucoup d'idées neuves et incertaines alors sont aujourd'hui acceptées et courantes, il reste néanmoins fort à faire pour amener la plupart des questions au degré de maturité et de certitude que la science réclame. Le programme est singulièrement vaste encore ; et ce n'est pas trop de la bonne volonté et de l'assiduité de tous pour travailler à la solution de quelques-uns des problèmes qu'il renferme.

L'association de l'*Obstétrique* à la *Gynécologie* fut l'idée première qui présida à la fondation de notre compagnie composée de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs. Ces deux branches d'une même spécialité médicale ne peuvent, en effet, que s'éclairer, s'entraider l'une l'autre par une commune collaboration, et c'est cette collaboration qui donne leur caractère et leur intérêt spéciaux aux discussions soulevées dans cette enceinte.

C'est ici, ce me semble, que seront utilement raisonnées les conquêtes opératoires modernes de l'Obstétrique, et les principes intégraux d'une gynécologie, qui ne doit pas être envisagée à un point de vue exclusivement chirurgical, pour rester vraie et à la portée de la généralité des médecins.

Si vous partagez ma manière de voir, vous m'autoriserez à invoquer énergiquement votre dévouement et toute votre activité.

Permettez-moi d'espérer que notre bulletin, qui est tombé en 1896 et 1897 à trois cents pages à peine, reverra les belles années

de 1894 et 1895, avec quatre et cinq cents pages de mémoires originaux et de discussions intéressantes.

C'est à tous, messieurs et surtout aux meilleurs d'entre vous, aux plus écoutés, à ceux dont la parole fait autorité, que j'adresse ce pressant appel, en les assurant qu'ils trouveront des auxiliaires actifs et empressés dans les membres du bureau et principalement dans son dévoué secrétaire général à qui je vous propose d'adresser de vifs et unanimes remerciements.

M. LOVIOT. — Obs. I. Observation d'un cas de chorée pendant la grossesse.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme, secondipare, atteinte de chorée gravidique avec délire et insomnie et arrivée au 3^e mois, environ, de sa grossesse. Madame X. a eu à l'âge de 14 ou 15 ans une chorée très violente qui n'aurait duré que trois semaines. Lors de sa première grossesse, surtout pendant les derniers mois de celle-ci et quelques mois encore après son accouchement, qui avait eu lieu à terme, cette dame avait présenté des phénomènes analogues, mais d'une moins grande intensité et non compliqués de délire permanent et d'insomnie absolue. Tout semblait rentré dans l'ordre, lorsque, un an après le premier accouchement, Madame X. redevint enceinte. Quand il la vit, à la fin du 3^e mois de sa grossesse, l'état choréique qui s'était manifesté dès le début de celle-ci, et qui allait sans cesse progressant et se compliquant était tel, qu'après l'essai de quelques médicaments et le retour infructueux à quelques autres, l'indication de pratiquer l'avortement artificiel devint de plus en plus nette. L'enveloppement avec le drap mouillé qui produisait seul une certaine accalmie, était tout à fait insuffisant. Le Dr Brissaud, appelé en consultation, écrivait peu après au Dr Loviot (13 juillet 1897) : « Il n'y a plus à hésiter ; il *faut* provoquer l'avortement. La situation ne fait que s'aggraver et quand au délire permanent se joint *l'insomnie absolue*, c'est un signe de haute gravité devant lesquels les atermoiements ne sont plus permis. » M. Loviot intervenait le lendemain même ; il introduisit dans l'utérus une bougie aseptique, après chloroformisation de la malade. Cette bougie ayant été rejetée 36 heures après son introduction, il put en introduire une seconde, cette fois sans chloroformer Madame X., et eut la satisfaction, une trentaine d'heure plus tard, de déterminer l'expulsion d'un œuf complet, en un seul temps. A partir de ce moment grande amélioration et trois ou quatre jours après, la guérison paraissait ob-

tenue. Les mouvements choréiques tendaient à disparaître, le délire avait cessé, le sommeil était revenu. Cette quiétude, si promptement obtenue, ne se maintint pas parfaitement dans la suite; il y eut quelques rechutes, mais légères, et quelques semaines après l'avortement provoqué le retour de couche se produisait normalement et tout rentrait dans l'ordre. Aujourd'hui, Madame X., sauf un peu de nervosité et d'agitation des mains, est parfaitement rétablie.

Obs. II. — Sur l'emploi du sérum artificiel chez les nouveau-nés.

Le second cas est relatif à un nouveau-né de 2 mois 1/2, affecté de dyspepsie gastro-intestinale confinante à la gastro-entérite proprement dite, avec double hernie inguinale, amaigrissement et phénomènes athrepsiques. M. Loviot, après avoir pratiqué le lavage de l'estomac, qui arrêta très bien les vomissements, avoir fait administrer de grands lavements émollients, alcalins, antiseptiques, après avoir été obligé de recourir à la diète hydrique, au lait d'ânesse (le lait de femme n'étant plus toléré), a eu recours pour hydrater les tissus de l'enfant qui se desséchaient et remonter sa vitalité à des injections sous-cutanées de sérum artificiel (10 gr. de chlorure de sodium pour un litre d'eau stérilisée) à la dose de 20, de 30, de 40 de 50 grammes par injection, soit une fois, soit deux fois par jour, pendant une semaine environ. Ces injections étaient faites dans le tissu cellulaire de la face externe de la cuisse, de la paroi abdominale, de la face postérieure de l'avant-bras, avec une aiguille stérilisée reliée par un tube de caoutchouc de petit calibre à une ampoule contenant le liquide à injecter. Ces ampoules, préparées par M. Chevreton, pharmacien spécialiste pour les produits aseptiques et antiseptiques, étaient préalablement chauffées au bain-marie, ainsi que le tube en caoutchouc, la chaleur des mains de la personne qui tenait l'ampoule, suffisant à maintenir leur contenu à une température convenable pendant la durée de l'intervention.

Ces injections contribuèrent notablement à raviver le petit malade qui n'a pas succombé, ce qui est déjà un succès, vu l'extrême gravité de son état, et qui aujourd'hui est en bonne voie d'amélioration.

L'emploi de la couveuse, comme moyen adjuvant, n'était pas indiqué, la température de l'enfant n'ayant été à aucun moment au-dessous de la normale.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du Jeudi 10 Février 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Lettre de la Société gynécologique Espagnole envoyant à la Société Obstétricale et Gynécologique ses sentiments de condoléances à l'occasion de la mort de M. Tarnier.

Communications : M. DOLÉRIS : Nouveau perce-membranes. *Discussion* : M. CHARPENTIER. — MM. PASTEAU et D'HERBICOURT : Pyélonéphrite au cours de la grossesse. *Discussion* : M. DOLÉRIS. — M. DURANTE : Gommès congénitales et symétriques du sternomastoïdien. *Discussion* : MM. KIRMISSON, BAR, PORAK, CHARPENTIER, DOLÉRIS.

*Présentation d'instruments.*M. DOLÉRIS : **Sur un nouveau perce-membranes.**

Le nouveau perce-membranes que j'ai l'honneur de présenter à la Société est tout entier en acier nickelé ; il sort des ateliers de la Maison Collin et se compose de deux parties qui sont continues l'une avec l'autre.

Un doigtier flexible et fendu sur sa face palmaire de façon à permettre l'introduction de l'index, quel que soit son volume.

Il se continue sur sa face dorsale avec l'ongle de fer propre-

ment dit : celui-ci se recourbe à son extrémité libre ; et sa portion tranchante, pointue et taillée en biseau de chaque côté dans une étendue de 1 centimètre environ, s'applique exactement sur la face correspondante de la pulpe de l'index, de façon à faire, pour ainsi dire, corps avec elle et à ne pas léser les parties molles du vagin.

La longueur de l'instrument tout entier est calculée de façon à ne pas emprisonner l'articulation phalango-phalangienne et à lui laisser la liberté des mouvements. Il repose sur une base taillée obliquement de la face dorsale à la face palmaire pour la même raison.

Vous remarquerez que le doigtier est interrompu sur sa face palmaire et sur les côtés, taillés en encoche arrondie, pour laisser libres toute la pulpe de l'index et les parties latérales du doigt explorateur.

Cet instrument a pour avantage de permettre aux sensations tactiles de se faire sans aucune gêne et d'arriver jusqu'aux membranes en se rendant exactement compte du chemin parcouru, et en reconnaissant sans aucune erreur les diverses parties que l'on explore. Il est impossible, en outre, de blesser les parties molles qui s'écartent à mesure que le doigt armé se présente à elles. Parvenu sur les membranes, et par une simple flexion de l'index, l'ongle de fer les accroche et les déchire aisément, quelles que soient leur épaisseur et leur résistance.

En somme, — exploration facile et sans aucun danger, — perception exacte des moindres sensations, — déchirure aisée des membranes résistantes, et, par-dessus tout, emploi d'une seule main, et nous pourrions dire d'un seul doigt, — tels sont les avantages qui résultent de l'application de ce perce-membranes, actuellement usité à la Maternité de Boucicaut, où mes élèves et moi avons pu, à maintes reprises, nous rendre compte des services qu'on est en droit d'en exiger.

Discussion :

M. CHARPENTIER. La pièce-membrane de M. Doléris est un perfectionnement du doigtier d'Asdrubali, avec cette différence que ce dernier était muni d'une pointe en dedans, tandis que celui-là se termine par un petit crochet en dehors.

O. PASTEAU et J. D. D'HERBÉCOURT : Traitement des infections rénales au cours de la grossesse.

Observation.—B., domestique, âgée de 28 ans, entre, le 18 septembre 1897, à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, n° 34, service de M. le professeur Tillaux.

Antécédents héréditaires :

Père mort de tuberculose pulmonaire à 47 ans.

Mère morte à 65 ans d'une maladie de cœur.

Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels :

Pas de maladie antérieure. A été nourri au sein, puis au biberon ; a marché à 11 mois.

Réglée à 17 ans, facilement et régulièrement depuis.

Pas d'accouchement antérieur.

Dernières règles le 20 avril 1897.

Maladie actuelle :

La malade se plaint d'uriner fréquemment, 7 à 8 fois le jour, 5 à 6 fois la nuit ; les mictions sont douloureuses et les urines troubles, et depuis quelque temps il existe des douleurs dans la région rénale droite.

Ces accidents ont commencé 3 mois auparavant par une sensation de brûlure après la miction ; à ce moment les urines étaient claires. La malade perd en blanc assez abondamment depuis environ 6 mois ; elle n'a jamais été sondée et jamais ses urines n'ont contenu de sang.

Au moment de son entrée à l'hôpital, les urines sont très purulentes et déposent au fond du bocal un doigt de pus environ ; elles ne contiennent pas de sang.

L'urèthre est normal.

La vessie se vide et contient 80 grammes ; elle est douloureuse à la

pression par le vagin et au contact de la sonde ; elle semble plus douloureuse à la pression dans sa moitié droite.

Du côté des reins il existe des douleurs spontanées plus marquées du côté droit, douleurs réveillées surtout par les fatigues et par la marche.

L'exploration du rein gauche est négative.

A droite, on sent toute la région lombaire remplie, empâtée, douloureuse à la pression ; la malade contracte ses muscles abdominaux, on ne peut poursuivre l'examen.

La température est de 40°5 le soir.

Au toucher vaginal on sent un col mou, l'utérus est volumineux.

Traitement : injections vaginales au sublimé à 1/4000.

Lavage vésical à l'eau boriquée 4/100.

Enveloppement humide de la région rénale droite.

19 septembre. — La température baisse un peu, matin 38°8, soir 39°8.

Lavage vésical au nitrate d'argent à 1/1000.

20 septembre. — Température, matin 37°5, soir 38°5.

Lavage de la vessie à la solution de nitrate d'argent.

La malade est examinée à nouveau ; ses muscles abdominaux se contractent moins, la région lombaire est moins douloureuse. On sent nettement une tumeur allongée, empâtée, présentant un contact lombaire manifeste.

Du côté de l'utérus, on perçoit les signes ordinaires d'une grossesse normale, bruits du cœur fœtal bons. L'utérus, cependant, se contracte rapidement sous l'influence de la palpation.

Les urines sont moins troubles et ne déposent plus au fond du bocal comme les deux premiers jours.

Les lavages vésicaux à l'eau boriquée et au nitrate d'argent sont continués.

23 septembre. — On essaie de pratiquer une endoscopie vésicale à lumière interne dans le but de faire un *cathétérisme de l'uretère*, mais la vessie est déformée par l'utérus, elle est comme allongée, et s'étend en haut et à gauche ; on ne peut voir les orifices urétéraux ; d'ailleurs, la distension de la vessie par 150 grammes de liquide fait souffrir un peu la malade et l'examen est abandonné rapidement.

Le lendemain la température baisse le matin à 37, le soir à 37°5.

Le surlendemain, la température baisse le matin à 36°9, le soir à 37°2.

Les urines sont presque claires, on ne fait plus que des lavages boriqués.

Le 25 septembre. — Le rein est plus douloureux ; la malade n'a rendu que 1200 gr. d'urine la veille ; la région rénale est tendue ; la température du soir est de 39°.

Les jours suivants la température oscille entre 37·2 le matin et 38° le soir, les urines rendues entre 1500 et 1800 gr.

La malade passe à la Maternité de l'hôpital de la Charité (Service de M. le Dr Porak) le 2 octobre.

Les urines sont toujours troubles et déposent au fond du bocal un doigt de pus et même davantage ; le rein est toujours volumineux et douloureux à la pression ; la douleur s'irradie vers la fosse iliaque.

La température oscillait le soir vers 38° jusqu'au 11 octobre, puis les oscillations augmentent de 37·5 à 39·5 le soir, bien qu'on fasse toujours des lavages vésicaux à la solution boriquée et que les urines restent toujours à peu près de même quantité (à peu près constamment à 2 litres). La malade ne peut supporter que le lait.

Dès lors on essaie une nouvelle méthode de traitement. L'un de nous ayant remarqué que la réplétion de la vessie qu'il avait dû employer précédemment en vue de l'endoscopie, avait été suivie d'une chute complète de la température coïncidant avec une large évacuation du rein, on emploie de nouveau la réplétion et la distension vésicale, espérant arriver au même résultat.

21 octobre. — Cette distension fut faite modérément ; le premier jour 21 octobre, on introduit dans la vessie 180 gr. de liquide. — Puis, les jours suivants, on monta à 210, 220 et 300 gr. le 24 octobre.

Le même traitement est fait chaque jour régulièrement jusqu'au 7 novembre.

Si on examine la courbe de la température pendant ce temps, on voit que, dès le 2^e jour du traitement, la température était à 37° le matin ; ce jour-là elle remonta encore à 40° le soir ; mais c'était pour la dernière fois ; dès le lendemain elle était à 39°, puis à 38° et le 6^e jour du traitement elle était normale.

Pendant une dizaine de jours la température monta encore vers 33° le soir ; une fois même elle atteignit 39°, mais l'état général n'était plus le même ; la malade ne souffrait plus, la région rénale était presque insensible ; les urines étaient devenues claires ; bref on put considérer la malade comme guérie le 6 novembre, et dès ce jour on cessa tout traitement.

Pendant tout ce temps les urines avaient gardé leur quantité à peu près égale, oscillant autour de 2 litres ; du 8 au 13 novembre elles atteignirent 2 litres 1/2 et 3 litres, puis elles revinrent à 2 litres, elles étaient claires et on cessa de les conserver.

Le 10 janvier, à 6 heures 1/2 du soir, le malade ressentait ses premières douleurs.

L'époque présumée de la grossesse est à ce moment de huit mois 1/2.

A 7 heures 1/2, elle entre à la salle de travail. La présentation de

l'enfant se fait par le sommet en gauche antérieure. Les douleurs se succèdent régulièrement à intervalles de plus en plus rapprochés jusqu'à 11 heures, où s'effectue la dilatation complète, suivie bientôt de l'expulsion à 11 heures 55. La malade accouche d'un enfant du sexe masculin, pesant 2250 gr., en bon état général, et bien vivant.

La délivrance se fait naturellement à minuit 25, le poids du délivre est de 390 gr.

Le cordon est de 50 centimètres, et le liquide amniotique normal. A l'examen du placenta, on le trouve globuleux et porteur d'un caillot très volumineux adhérent sur presque toute la surface utérine.

Si on considère cette observation, on y trouve plusieurs points intéressants à noter ; en somme, c'est l'histoire d'une femme enceinte de 4 mois 1/2 atteinte de cystite avec infection rénale ascendante grave chez laquelle les accidents s'amendent assez complètement à la suite d'un traitement approprié pour qu'elle puisse mener à terme sa grossesse et accoucher d'un enfant bien portant.

Le diagnostic est certain ; il y avait de la cystite, puisqu'avec des urines troubles on trouvait la vessie très sensible à la palpation, au contact et à la distension ; il y avait de l'infection rénale, puisque la tuméfaction constatée au niveau du rein droit était douloureuse et coïncidait avec l'émission d'urines troubles qui déposaient dans le bocal un ou deux doigts de pus ; l'infection rénale était d'origine ascendante, puisque d'un côté les antécédents et l'état général de la malade étaient bons et que de l'autre il existait un écoulement vaginal abondant, puis une cystite. — Enfin, la marche de la maladie et l'état de la température à 40°5 permettent de croire à la rétention rénale d'autant que la chute de la fièvre a coïncidé avec l'émission abondante d'urine plus purulente qu'à l'ordinaire.

Le traitement a été conduit d'après les indications fournies par ce diagnostic.

En même temps que des *lavages vaginaux*, on a fait des *lavages vésicaux* à l'eau boriquée, puis au nitrate d'argent, suivant les préceptes formulés par M. le professeur Guyon, et l'amélioration n'a pas été longue à se manifester, puisque 5 jours après le début

du traitement, la vessie, au lieu d'avoir une capacité de 80 gr., pouvait contenir 150 gr. de liquide (1).

Mais la cystite une fois améliorée, il fallait encore vider le rein ; la fièvre persistait et on sait que les ressources fournies par la *thérapeutique médicale* et en particulier par les antithermiques, sont plus qu'incertaines dans les cas de ce genre ; du moment qu'il y a un foyer purulent au niveau du rein, il faut l'évacuer. Comment peut-on le faire ?

Pour arriver à ce but, le chirurgien a deux chemins : la voie lombaire et les voies naturelles.

Sans doute, il ne faut pas craindre, dans les cas graves et pressants, d'*inciser la région lombaire* pour arriver jusque sur le rein, l'ouvrir et le drainer, d'autant que les fistules qui peuvent se constituer sont guérissables assez facilement maintenant qu'on peut être certain de pouvoir ultérieurement placer une sonde à demeure dans l'uretère, mais il n'en est pas moins vrai qu'une intervention de ce genre ne devra être pratiquée que lorsque les autres moyens de traitement n'auront pas donné de résultat ou ne pourront être essayés assez rapidement pour que la vie de la malade ne reste pas en danger.

L'évacuation du rein par les voies naturelles, uretère et vessie, est sans doute préférable. Quelles sont les causes qui l'empêchent ?

L'uretère n'est plus perméable ; ou bien il est coudé, ou bien il est comprimé, ou bien il est obturé par quelque chose qui diminue plus ou moins la lumière.

S'il est coudé, c'est que *le rein est abaissé et il faut le réduire à sa place*, soit directement par les mains qui le repoussent dans sa situation normale, soit indirectement par l'effet de son propre poids en quelque sorte, en maintenant la malade couchée, le bas-

(1) Dans un cas encore inédit, récemment observé par MM. Albarran et Wallich, les lavages vésicaux ont pu amener à eux seuls une amélioration assez notable au cours d'une infection rénale ascendante grave développée chez une femme enceinte pour que la grossesse ait pu se terminer par l'accouchement à terme d'un enfant bien portant.

sin relevé. — Chez notre malade, rien de semblable n'a pu donner de résultat.

Si le conduit est comprimé ou obturé, on peut, en faisant le cathétérisme de l'uretère, ce qui est facile au moyen de l'endoscopie à lumière interne (1), rétablir le cours de l'urine. Mais dans notre cas nous avons vu que la déformation de la vessie par la compression de l'utérus gravide n'avait pas permis d'employer cette méthode, et il est à craindre qu'en des circonstances semblables, pareille difficulté ne se représente encore.

On peut essayer de *décompresser l'uretère en relevant l'utérus*, en le reprenant en quelque sorte plus haut, en employant une méthode comparable à celle qui est conseillée dans certain cas d'enclavement des fibromes utérins. Ici encore on peut essayer de relever l'utérus en agissant directement sur lui, ou bien en maintenant la malade dans le décubitus dorsal, le siège restant élevé. Dans notre cas aucun des traitements n'a donné de résultat durable.

C'est alors que nous avons eu recours à un autre procédé : la *distension momentanée de la vessie faite régulièrement chaque jour*. Nous avons pu voir à la suite de ce traitement cesser tous les accidents.

Comment a-t-elle agi ? Est-ce en provoquant un réflexe sur le rein et en le faisant sécréter davantage ? C'est peu probable. Il est plus vraisemblable d'admettre que la vessie distendue a soulevé l'utérus gravide et lui a permis de changer ses rapports avec les uretères, d'où décompression de ceux-ci et évacuation plus facile des voies urinaires supérieures.

Comment faut-il la faire ? On ne doit pas oublier qu'un tel moyen ne peut être employé que lorsque la cystite a disparu, car on n'a pas le droit de distendre une vessie malade (2). D'autre part, la distension doit être momentanée ; il ne faut pas, sous

(1) ALBARRAN. Technique du cathétérisme cystoscopique des uretères. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 3, mai-juin.)

(2) GUYON. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, II, p. 387 et 402 ; III, p. 462.

prétexte de vider un rein, maintenir une vessie distendue et favoriser ainsi une infection ascendante si le réservoir urinaire est plus ou moins infecté (1). Donc *il faut employer la réplétion et même la distension de la vessie en se rappelant qu'elle doit être momentanée pour n'être pas dangereuse et répétée pour pouvoir devenir réellement utile.*

Discussion :

M. DOLÉRIS. — J'ai vu survenir la grossesse chez une malade qui avait eu précédemment une cystite avec pyélonéphrite ascendante et ouverture d'un abcès rénal à la région lombaire. Au cours de sa grossesse, cette malade a présenté quelques petits accidents analogues à ceux qui ont été relatés tout à l'heure sans cependant inspirer d'inquiétudes sérieuses.

Depuis, à différentes reprises, elle a souffert de vives douleurs au niveau de la région rénale. On peut donc dire que pendant la grossesse il peut, en pareil cas, survenir de graves accidents. Le cathétérisme de l'uretère, que j'ai été le premier à pratiquer en France, est certainement un moyen utile à employer le cas échéant.

G. DURANTE : Gommès congénitales et symétriques des sterno-mastoïdiens.

Ce fait, que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du D^r Porak, à la Charité, concerne un enfant né à terme après une application de forceps pratiquée par l'interne du service de M. d'Herbécourt.

Dès les premiers jours on remarque, au niveau de la partie moyenne des sterno-mastoïdiens, une induration circonscrite sans altération des téguments sous-jacents, et un peu plus nota-

(1) GUYON, *loc. cit.*, I, p. 84, et II, p. 449.

ble à gauche qu'à droite. L'enfant, pris de diarrhée verte, succombe au 18^e jour.

Autopsie. — Après avoir mis à nu la région cervicale, on voit, de chaque côté, à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du chef sternal des sterno-mastoïdiens, une tumeur du volume d'une grosse noisette, proéminente, ovoïde, à grand axe vertical, présentant environ 1 à 1 1/2 centim. transversalement sur 2 1/2 à 3 centim. de hauteur et tranchant par sa couleur grise sur la teinte rouge du muscle. Cette tumeur, de consistance dure, fibreuse, résiste au couteau comme un tissu de cirrhose. Elle est incluse sous l'aponévrose du muscle. Après section, on constate qu'elle siège bien dans l'épaisseur même du chef sternal qui, cependant, présente encore quelques faisceaux d'apparence normale sur sa face postérieure. Les limites ne sont pas très nettes ; on passe assez promptement des tissus scléreux au tissu sain, mais il n'y a pas trace de coque fibreuse, les faisceaux musculaires et la production pathologique se pénétrant mutuellement sur une mince épaisseur.

Rien à signaler dans les autres organes qui, macroscopiquement, paraissent sains.

L'examen histologique a montré les lésions suivantes :

Sur les coupes *transversales* on rencontre, en arrière de la tumeur, des faisceaux musculaires parfaitement sains, sauf quelques rares fibres gonflées et en dégénérescence hyaline.

Au centre de la tumeur, les fibres musculaires font complètement défaut. On ne trouve, à ce niveau, que du tissu fibreux adulte très pauvre en petits noyaux ovoïdes ou aplatis. La vascularisation, relativement rare, n'est représentée que par des vaisseaux peu nombreux de gros et moyen calibre ; on ne voit pas, ou presque pas, de capillaires. Ces vaisseaux sont atteints d'endopériartérite pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète ; quelques-uns, cependant, sont encore perméables et presque sains. Ils sont entourés, en général, d'une zone conjonctive plus lamelleuse que le reste du tissu et constituée par des fibrilles et des lames plus lâches que dans les points éloignés des conduits vasculaires.

Enfin, cet espace périvasculaire est fréquemment rempli de cellules rondes se colorant fortement et constituant un nodule infectieux intéressant la paroi vasculaire sur une plus ou moins grande épaisseur et s'étendant plus ou moins loin dans les tissus voisins. Il n'en existe pas qui ne soit en rapport au moins avec un petit vaisseau. Aucun de ces nodules ne présente de signes de dégénérescence, tous leurs éléments sont bien vivaces, nulle part nous n'avons trouvé de cellules géantes. Ces caractères, leurs connexions avec les vaisseaux et la nature des lésions vasculaires permettent, croyons-nous, de regarder ces nodules comme des *gommes* histologiques.

En étudiant la coupe depuis les points sains jusqu'au centre de la tumeur, on peut suivre tous les stades de l'altération. Celle-ci a un début franchement vasculaire. Les premières modifications sont, à la fois, les lésions vasculaires légères quant à l'endartérite, plus intenses quant à la périartérite, et la sclérose qui, en premier lieu, n'intéresse que les travées conjonctives périfasciculaires, séparant d'abord nettement les faisceaux les uns des autres, puis les subdivisant ultérieurement en faisceaux plus petits.

Plus loin, les lésions vasculaires ainsi que la cirrhose s'accroissent. A côté de la sclérose périfasciculaire, apparaît la sclérose interfasciculaire dissociant les fibres elles-mêmes qui, à ce niveau, commencent à s'atrophier. La rareté des fibres contractiles paraît donc, ici, également due à l'augmentation du tissu conjonctif et à l'atrophie de l'élément musculaire.

En plusieurs points on retrouve de nombreux faisceaux neuro-musculaires. Disons, enfin, que plusieurs *nerfs* sont entourés, dans les points malades, d'une gaine lamelleuse hyaline et très épaisse. Cette hyperplasie de la gaine lamelleuse, sans infiltration de cellules rondes, sans multiplication des noyaux et avec conservation des cylindres axes et de la myéline est une lésion assez peu commune. Nous ne pouvons y insister ici. Nous dirons seulement qu'elle est à rapprocher des altérations analogues observées dans les troncs nerveux, d'abord par Renaut

(de Lyon) sur le chien ; puis par Gambault et Mallet en 1889 dans un cas intitulé : « Tabès ayant débuté dans l'enfance », mais qui paraît plutôt être un fait de névrite spéciale ; enfin, plus récemment, par Vanlair, qui l'a décrite sous le terme de *mésonevrite lamelleuse* chez des malades ayant succombé à la cachexie myxœdémateuse à la suite d'extirpation du corps thyroïde.

Sur les coupes *longitudinales* les mêmes lésions se retrouvent ; mais, si la topographie est moins facile à constater, on peut, par contre, mieux suivre chaque fibre depuis les points sains jusqu'au noyau de sclérose. On se rend compte ainsi que les éléments musculaires pénètrent dans le tissu pathologique, y cheminent un certain temps dissociés, par le tissu conjonctif, mais en conservant toujours leur striation et ne présentant, comme seule réaction visible, qu'une augmentation des noyaux du sarcolème ou, parfois, des renflements limités qui semblent indiquer un début de dégénérescence hyaline. Nulle part nous n'avons constaté de vacuolisation même légère des fibres. Après un trajet plus ou moins long, la fibre s'amincit, s'atrophie progressivement, la gaine se vide peu à peu et se transforme finalement en un filament délié chargé encore de noyaux, représentant la gaine revenue sur elle-même, qui se perd et se confond bientôt au milieu des faisceaux du tissu conjonctif. La forme de ces noyaux, leur disposition en série longitudinale permet encore de les distinguer quelque temps des noyaux conjonctifs, mais au centre du nodule cette distinction devient difficile à établir d'une façon certaine. Il en résulte qu'en plein tissu de sclérose il est un grand nombre d'éléments nucléaires auxquels on ne saurait assigner avec certitude, malgré un examen attentif, une origine musculaire ou conjonctive.

Dans les coupes *longitudinales*, on retrouve très aisément les flots de cellules rondes autour des vaisseaux, mais ces gommes, étalées le long des parois vasculaires, qu'elles enveloppent plus ou moins complètement, présentent moins nettement la forme nodulaire que dans les coupes transversales.

En aucun point les éléments gommeux ne pénètrent dans les

gaines musculaires. Les noyaux nombreux que l'on observe dans celles-ci ont toujours et uniquement les caractères des noyaux musculaires proliférés.

Pas plus sur ces coupes que sur les précédentes, n'existent ni cellules géantes, ni points dégénérés en voie de nécrose.

Ces noyaux desclérose, constitués par du tissu conjonctif adulte, sont trop anciens pour que l'on puisse invoquer une affection apparue après la naissance. On a pu, du reste, les reconnaître cliniquement dès les premiers jours de la vie. Il s'agit donc bien ici d'une affection *congénitale*.

L'absence de foyers hémorragiques, *l'absence de pigment sanguin* même ancien s'oppose également absolument à l'hypothèse d'une origine traumatique.

Enfin, l'absence de tuberculose ou d'autre cause étiologique palpable d'une part, la bilatéralité des tumeurs d'autre part, leur siège, leur forme, leur couleur, nous ont fait penser de suite à des *gommes syphilitiques*.

L'examen histologique confirme cette opinion en montrant un processus de sclérose intense ayant un point de départ nettement *vasculaire*; les vaisseaux présentent, d'ailleurs, non seulement de l'endartérite, mais encore, sur leurs parois, des amas de cellules rondes qui ne sont autres que des *gommes histologiques*.

Quoique le sterno-mastoïdien passe pour un muscle tout particulièrement prédisposé aux altérations syphilitiques, les *gommes congénitales* des muscles sont assez rares pour que l'on n'en compte qu'un petit nombre dans la science, et, parmi celles qui ont été publiées, bien peu sont accompagnées d'un examen histologique détaillé.

Cette pièce est, en outre, intéressante à un autre point de vue, en permettant de suivre assez exactement dans les coupes le processus de l'atrophie musculaire consécutive à la sclérose gommeuse. On y voit très nettement la substance contractile disparaître peu à peu, par *atrophie simple* sans dégénérescence et sans que jamais la gaine ne soit envahie ou pénétrée par les cellules rondes constituant la gomme. La fibre musculaire n'est pas dé-

truite par phagocytose, mais étouffée par le tissu conjonctif exubérant. Cependant, la gaine vide de protoplasme, conserve encore ses noyaux proliférés, et, comme elle se perd progressivement au sein des tissus de sclérose, on peut se demander jusqu'à quel point les noyaux que l'on observe dans ce tissu scléreux, là où aucune fibre musculaire n'est plus visible, ne représentent pas, en partie du moins, certains noyaux musculaires accompagnant des gaines rétractées que l'on ne saurait plus distinguer des éléments conjonctifs voisins. Ces noyaux pourraient, dans certains cas, être le point de départ d'une néoformation de fibres musculaires accompagnant la disparition totale de la lésion syphilitique, et expliqueraient ainsi la possibilité, au point où siégeait la gomme, d'une restauration complète et parfaite du muscle aux dépens de ces éléments conservés, mais devenus méconnaissables. Si, au contraire, la lésion ne présente pas de tendance à la réparation, ces gommages évolueront presque nécessairement dans le sens d'un tissu scléreux rétractile qui pourra, dans la suite, être la cause des déformations secondaires.

C'est dans le but d'attirer l'attention sur ces différents points qu'il nous a paru intéressant de rapporter ici, avec quelques détails, cette observation de gommages congénitaux et symétriques des sterno-mastoïdiens.

Discussion :

M. CHARPENTIER. — Il est possible ici qu'un de ces traumatismes si fréquents au cours des applications de forceps ait été le point de départ de la gomme.

M. KIRMISSON. — J'insisterai sur l'énorme importance de cette communication. Rien n'est plus obscur que la pathogénie du torticolis congénital et dans certains cas on trouve une myosite interstitielle beaucoup trop étendue pour être due à un traumatisme. Je me demande si un certain nombre de torticolis congénitaux ne sont pas dus à la syphilis congénitale.

M. BAR. — Etant donné qu'il n'y avait plus chez cet enfant de syphilis viscérale, je crois qu'il ne faut pas être aussi affirmatif que M. Durante et qu'il serait bon de mettre au moins un point d'interrogation.

M. PORAK. — M. Durante n'a retenu de l'autopsie de cet enfant, faite dans mon service que ce qui concerne la tumeur des sterno-mastoïdiens. Je n'ai rien à ajouter au sujet des lésions qui vous ont été décrites avec tant de soin et avec la compétence que vous connaissez. Mais, au point de vue clinique, il ne m'est pas permis d'admettre sans discussion l'origine syphilitique de cette lésion.

La mère de cet enfant, âgée de 19 ans, n'a présenté dans ses antécédents aucun symptôme qu'on soit en droit de rapporter à la syphilis. Elle n'a jamais fait d'avortement. Elle est accouchée à terme d'un garçon qui pesait 3.400 grammes et qui ne présentait aucune tare. Le travail n'a duré que 7 heures. M. d'Herbecourt fit, sur mon avis, une application de forceps, parce que la dilatation du col était complète depuis près de trois heures. Quelques jours après, je constatai les tumeurs des deux sterno-mastoïdiens. Je ne pus m'empêcher de supposer qu'elles étaient d'origine traumatique. Rien ne permettait d'admettre la syphilis. Rien dans les renseignements. Le placenta ne pesait que 570 grammes. La rate n'était pas volumineuse.

Or, les lésions traumatiques du sterno-mastoïdien sont bien connues. Il est vrai qu'on les observe habituellement après les présentations du siège et qu'elles sont unilatérales. Je n'ai pu me défendre d'accuser l'application de forceps d'avoir déterminé un double traumatisme.

M. Durante n'a pas trouvé d'épanchements hématiques, ni la déchirure sterno-mastoïdienne qui caractérisent ces lésions. C'est bien ; je m'incline devant la compétence de mon chef de laboratoire, mais au point de vue clinique je ne puis admettre comme syphilitique une lésion observée chez un enfant né à terme, pesant 3.400 gr., dont le placenta pèse 570 gr. et dont la rate n'est pas volumineuse.

M. CHARPENTIER. — Je suis loin d'admettre que le traumatisme soit le point de départ de toutes les tumeurs du sternomastoidien, puisque j'en ai publié un cas dans lequel l'accouchement avait été spontané.

M. DOLÉRIS. — Ces tumeurs guérissent d'ordinaire spontanément; il faut donc supposer qu'elles sont le plus souvent dues à une déchirure. Quant à la nouvelle étiologie proposée par M. Durante, je la trouve très acceptable et très intéressante. Néanmoins, le traitement antisyphilitique ne paraît avoir aucune action dans ces cas; tandis que la formation du pus est fréquente. L'incision suffit le plus souvent à amener la guérison.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du Jeudi 10 Mars 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Lettre de candidature de M. Manuel Barreiro, de Mexico, au titre de membre correspondant étranger. Renvoyée à une commission. MM. DOLÉRIS, TISSIER, rapporteur.

Communications : M. DOLÉRIS : Examen gynécologique et traitement prolongé des accouchées. *Discussion* : MM. CHARPENTIER, DOLÉRIS. — M. D'HERBÉCOURT : Hématomyélie chez un nouveau-né. *Discussion* : MM. CHARPENTIER, D'HERBÉCOURT. — MM. LOVIOT et LEMONNIER (de Flers, Orne) : Note sur une grossesse extra-utérine remontant à 24 ans et dont l'expulsion s'est faite par l'intestin. Deux grossesses à terme postérieures à cette conception. — M. PICHEVIN : Kystes wolffiens de la vulve.

M. DOLÉRIS : Examen gynécologique et traitement prolongé des accouchées.

De plus en plus, il paraît indispensable que l'obstétrique mette à profit les données positives que lui fournit la gynécologie, qu'elle lui emprunte ses principes scientifiques, ses méthodes d'investigation, ses procédés de traitement.

C'est en s'inspirant des notions étiologiques sur les *maladies de la femme* que les accoucheurs peuvent rendre des services incalculables, par les mesures prophylactiques qu'il est en leur pouvoir de mettre en œuvre après l'accouchement, et de poursuivre jusqu'au moment où tout danger est écarté.

Les causes des métrites et des inflammations pelviennes résident pour beaucoup dans les conditions défectueuses où les accouchées sont abandonnées au moment où elles semblent n'avoir plus affaire avec l'accoucheur.

Les causes des déviations, *prolapsus*, *colpocèle*, *rétroversion*, etc., se comprennent aisément, pour qui veut regarder, dans la

mauvaise hygiène, et le manque de précautions dans la période post-puerpérale.

On peut dire que grand nombre d'accouchées emportent de leur accouchement les germes de la plupart des affections auxquelles elles seront sujettes dans la suite. Cela, parce que, à tort, elles ne sont point soumises à des examens méthodiquement pratiqués, à une observation précise et locale qui relève les moindres lésions à leur début.

Les préceptes généraux de l'examen et du traitement gynécologique des accouchées, je les ai appliqués et conseillés avec la plus grande confiance. J'ai, déjà ici, montré ce que devenaient bien des accouchées réputées valides, ou convalescentes, qui étaient envoyées des services hospitaliers ou de chez les sages-femmes, à l'asile de Fontenay-aux-Roses. Quelques-unes y venaient mourir et d'autres y restaient sérieusement malades. Et cependant la délivrance de leur billet de sortie témoignait de l'apparent bon état de santé, reconnu à leur départ du service d'accouchements.

Il y a donc là une lacune.

Depuis trois ans je me suis étudié à la combler et j'ai publié une statistique qui montre que la proportion des femmes arrivées au dixième ou douzième jour de l'accouchement, en conservant encore des aptitudes, des dispositions fâcheuses à des maladies graves, est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit.

Je ne suis pas le seul à défendre ces idées et j'ai reçu de l'étranger des lettres qui témoignent que d'autres accoucheurs ont eu la même préoccupation que moi.

J'ai reçu, le 19 janvier, la lettre suivante signée du professeur Bossi (de Gênes) : « Très honoré confrère, j'ai lu avec la plus vive satisfaction votre très intéressant mémoire : *Examen gynécologique des accouchées*, etc., et les conclusions auxquelles vous êtes arrivé.

Même en Italie, en Allemagne, en Angleterre, il n'y a pas cette si utile habitude de l'examen interne des accouchées avant de les abandonner à elles-mêmes. Il faudrait insister encore et diffuser ces préceptes si utiles. »

Bossi a publié lui-même différents mémoires qu'il a eu l'amabilité de m'envoyer.

Je cite, entre autres, les phrases suivantes : « Qu'il me soit per-

mis de revenir sur une opinion que j'ai émise à diverses reprises, c'est-à-dire l'opportunité de pratiquer un examen interne des voies génitales avant de sevrer de nos soins les femmes accouchées. En général, les accouchées des maternités et des cliniques sont licenciées après un simple examen externe ; dans bien peu d'instituts, on est dans l'habitude de pratiquer l'examen digital combiné et, si nécessaire, l'examen au spéculum.

Mais nous savons que, soit avec la percussion, soit avec le palper, il est impossible de reconnaître les lacérations du col, les exsudats du Douglas, les lésions des annexes... »

Il insiste pour que les jeunes accoucheurs soient initiés à ces investigations.. « et ce sera une excellente prophylaxie contre les affections gynécologiques si fréquentes après l'accouchement ».
(*Milan 1895.*)

Dans un mémoire intitulé : « *De la prophylaxie spéciale à domicile* », Bossi insiste sur la nécessité des examens méthodiques et l'utilité du traitement policlinique dans la période post-puerpérale. Ainsi seront prévenues et arrêtées à temps bien des lésions utéro-annexielles.

Précédemment, le même auteur, écrivant sur l'involution, avait montré l'utilité du massage.

Je dois rappeler qu'Apostoli a préconisé les bons effets de l'électricité dans le traitement de la subinvolution dès 1881.

On voit que l'accord est complet, en effet, entre le professeur Bossi et moi, et que nous avons poursuivi parallèlement le même but. Au lieu du traitement à domicile usité en Italie, je pratiquais le traitement suivi, à la consultation hospitalière, toujours possible dans les conditions qui régissent nos maternités.

Je dois ajouter que l'examen sur lequel Bossi insiste surtout n'est réellement qu'un préambule du traitement rationnel qui doit être l'objectif unique à poursuivre. Là gît la véritable prophylaxie gynécologique, la plus utile peut-être après l'asepsie prophylactique de l'infection puerpérale et son complément naturel.

Les mémoires et les statistiques que j'ai publiés depuis cinq années, basés sur des recherches qui remontent à plus de douze ans : « *Pathogénie et traitement de l'endométrite, accidents tardifs de l'infection puerpérale, etc.* » s'enchaînent étroitement pour appuyer cette doctrine contre laquelle aucun argument sé-

rieux ne saurait prévaloir, et que des observations sans nombre viennent confirmer chaque jour.

S'il était besoin de nouveaux exemples, je pourrais citer celui d'une de mes accouchées de Boucicaut qui, ayant présenté quelques signes d'infection, s'obstina à vouloir quitter la maternité le quatorzième jour, malgré mes avertissements. Elle s'en fut chez elle à Villejuif, d'une traite, et quelques jours après elle s'alitait et devenait gravement malade. Aujourd'hui elle est soignée par mon confrère et ami le D^r Reulos, pour un phlegmon du ligament large. Elle a des signes de suppuration, du délire, une température très élevée, et ce cas me rappelle exactement quelques-unes des malades hospitalisées à l'asile Ledru-Rollin à leur sortie des maternités de Paris.

Ce n'est donc pas faire œuvre inutile que d'insister sur la nécessité d'un traitement prolongé pour cette catégorie de malades.

Ce traitement gagnerait certes à être fait dans un service spécialement affecté aux maladies dérivant de l'accouchement.

L'accoucheur peut, néanmoins, dans les services de Paris, tels qu'ils sont organisés actuellement, mettre en œuvre la plupart des moyens thérapeutiques appropriés.

* * *

Le point capital réside dans l'examen méthodique et fréquent des femmes qui ont présenté de l'infection — et dans un examen tout aussi minutieux de chaque sortante.

C'est dans cet examen que l'obstétrique doit s'inspirer des méthodes d'investigation de la gynécologie.

Il y faut procéder :

1° Par le palper combiné au toucher fait alternativement des deux mains ;

2° Par l'inspection de la vulve, du vagin et du col utérin, au moyen des valves habituellement employées, sans négliger la traction du col avec les pinces spéciales ;

3° Par l'analyse des lésions traumatiques subies par le col utérin, les déchirures — et de l'état de la muqueuse cervicale ;

4° Par l'examen des sécrétions du col à l'aide de cultures ;

5° Le cathétérisme ne doit pas être négligé. J'ai l'habitude de le pratiquer avec ma sonde dilatatrice. J'ai observé très fréquem-

ment qu'alors que le passage d'un cathéter mince ne donnait issue à aucun liquide contenu dans la cavité du corps utérin, l'introduction de la sonde dilatatrice, en ouvrant largement l'orifice interne et en redressant l'axe utérin habituellement infléchi, permettait l'écoulement d'un liquide abondant, brunâtre, chocolaté, parfois crémeux, dans lequel se rencontrent souvent des variétés nombreuses d'organismes. Ces organismes ne sont pas toujours pathogènes ; chez les femmes n'ayant pas présenté de signes d'infection, ils s'en rencontrent rarement de tels. Chez les infectées, les organismes pathogènes se rencontrent au contraire constamment dans le liquide de la cavité du corps ainsi que dans les sécrétions du col. C'est le streptocoque, les staphylocoques variés, le coli-bacille, très rarement le gonocoque, que nos recherches nous ont révélés jusqu'ici.

Je puis ajouter qu'un traitement bien conduit assainit le milieu utérin en très peu de temps. Les malades, revues au bout de quinze jours ou trois semaines, ne présentent plus rien de vivant ou presque rien dans leurs sécrétions.

Je dois dire maintenant ce qu'est le traitement prolongé. Bien entendu, le traitement immédiat a été constitué dès l'apparition des accidents.

Pour les malades, réellement infectées, le séjour au lit, des douches vaginales chaudes et prolongées, la révulsion vaginale à l'aide de la teinture d'iode, ce que j'appelle familièrement le *vésicatoire vaginal*.

La thérapeutique intra-utérine : lavages au sublimé, les embrocations douces à la glycérine créosotée. Le drainage de la cavité utérine avec une mince lanière de gaze iodoformée permettant l'écoulement du contenu utérin. Chez des femmes à utérus très antéfléchi l'emploi d'un drain rigide de caoutchouc est préférable, car j'ai vu parfois le drainage à la gaze empêcher, dans ces cas, l'écoulement des liquides utérins, et on est étonné de voir un mouvement fébrile persister malgré ce drainage désinfectant.

Comme il existe de la subinvolution presque toujours dans ces cas, et que le tissu utérin flasque, presque incontractile, reste engorgé et ne tend point à se débarrasser des fluides infectants que l'organe renferme, je fais administrer chaque jour deux à trois injections hypodermiques de 0,50 centig. d'ergotine Yvon. L'effet en est généralement excellent et se manifeste avec rapi-

dité. Ce traitement par l'ergotine doit être continué tant que la réduction du volume de l'utérus n'est pas entièrement effectuée.

Enfin, en cas de traumatismes cervicaux, d'ectropion végétant, les pansements avec de la glycérine créosotée forte à 1/5 et le saupoudrage avec l'iodoforme constituent le traitement.

Les lésions d'annexite franche sont rares. Je n'ai pas eu à en observer depuis longtemps.

Les lésions de paramérite juxta-cervicale, au niveau d'une lacération un peu profonde du col, avec processus phlegmoneux limité dans l'angle interne et inférieur du ligament large, sont relativement plus fréquents. Je n'institue pas, pour cette lésion, de traitement particulier, en dehors des badigeonnages iodés vaginaux et des injections chaudes. La résolution en est souvent rapide.

Enfin, j'use d'une façon générale chez toutes ces femmes d'injections hypodermiques de sérum artificiel comme agent stimulant et tonique ; à la dose de 100 à 200 c. c. par jour.

*
*
*

J'arrive maintenant au *traitement policlinique*, c'est-à-dire celui qui doit et peut être continué à la consultation de la maternité.

Au moment de la sortie, si l'examen révèle une lésion du col ectropion ou déchirure mal cicatrisée, des sécrétions abondantes, du mucus épais, jaunâtre contenant quelques saprophytes et parfois des pathogènes atténués ; si l'involution est régulière et le reste normal, on se contente de précautions fort simples :

Le col est débarrassé de ses mucosités, très minutieusement ; la cavité utérine est lavée abondamment, des pansements sont faits sur la muqueuse malade et les surfaces cruentées, et enfin, un drainage cervico-vaginal est pratiqué. La femme revient se faire panser tous les trois jours à la consultation.

J'aurai à revenir sous peu sur les observations spéciales que j'ai faites jusqu'ici, quant à l'involution. C'est grâce à ces examens successifs et répétés que j'ai pu confirmer cette idée déjà connue que l'involution utérine est rarement complète, dans ses phénomènes macroscopiques, avant le 25^e jour.

J'aurai enfin à parler du traitement spécial du prolapsus, de la

colpocèle et de la rétro-déviati on. Je me bornerai à indiquer l'usage du pessaire de Hodge pour cette dernière affection.

Quant au prolapsus et à la colpocèle, les tamponnements répétés et prolongés plusieurs semaines donnent déjà de très bons résultats.

Je me limite à ces indications générales pour ne pas prolonger cette note qui confirme et complète mes observations antérieures.

Je pense qu'il en découle cette conclusion générale que le traitement prolongé, basé sur les données fournies par la gynécologie, constitue une sauvegarde très efficace de toutes les accouchées exposées, par des lésions insuffisamment guéries, à des complications souvent très graves.

Discussion :

M. CHARPENTIER. — J'approuve dans leur ensemble les conclusions de M. Doléris, tout en faisant quelques réserves. M. Doléris a surtout examiné des femmes quittant l'hôpital du 12^e au 14^e jour après l'accouchement. Or il est incontestable qu'à ce moment l'involution utérine est incomplète physiologiquement. Ce serait, à mon sens, une erreur de croire que dans ces cas on a affaire à un phénomène d'ordre pathologique et il faut se garder d'instituer un traitement gynécologique. En effet, si on attend suffisamment longtemps, on voit peu à peu l'involution se produire, et on est étonné, ainsi qu'on l'observe souvent en ville, de voir des femmes chez lesquelles on s'attendait à trouver des lésions, ne rien présenter d'anormal lorsqu'au bout d'un temps plus ou moins long l'involution utérine est achevée.

M. DOLÉRIS. — Il n'est nullement question dans ma note de l'involution normale, phénomène physiologique ne réclamant aucun traitement. J'ai au contraire précisé que je n'avais en vue que les femmes ayant présenté des signes d'infection pendant leurs couches, ou qui, à leur sortie de l'hôpital, présentent encore une plaie du col non cicatrisée. C'est pour celles-là que je réclame un traitement gynécologique prolongé.

M. d'HERBÉCOURT : Sur un cas d'hématomyélie observé chez un nouveau-né.

Le 29 novembre entre dans le service de M. Porak, à l'hôpital de la Charité, à 3 heures du matin, la femme Th. (Antoinette), âgée de 27 ans.

C'est une rachitique qui a comme seuls antécédents personnels une rougeole en bas âge. Elle ne sait pas quand elle a commencé à marcher, elle a été nourrie au sein, et fut réglée à 13 ans régulièrement.

Son sternum est convexe en avant, surtout dans sa partie supérieure. Les tibias sont incurvés, la distance qui sépare les deux épines iliaques antéro-supérieures est de vingt centimètres. On trouve d'ailleurs au toucher les épines sciatiques saillantes, le diamètre promonto-sous-pubien égal à 10,0. Le bassin irrégulier est légèrement aplati du côté gauche.

En 1896, première grossesse, accouchement à terme d'un enfant mort du sexe féminin, après un travail de trois jours et application de forceps.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontant au 28 janvier, l'époque présumée de la grossesse est de 9 mois. Quelques vomissements accompagnés de névralgies pendant les premiers mois.

C'est le 27 novembre, à 8 heures du soir, que la malade a ressenti les premières douleurs. La rupture des membranes s'est faite le 28 novembre, à 6 heures du matin.

Le 29 novembre, à l'entrée de la malade, la dilatation est telle qu'à 5 heures du matin elle est égale à une paume de main. La lèvre antérieure est très œdématiée, et donne la sensation d'un gros bourrelet.

La tête se présente en droite transverse, fortement amorcée, immobile au détroit supérieur.

A 7 heures du matin, la tête n'a fait aucun progrès dans sa descente ; déjà à ce moment les bruits du cœur de l'enfant présentent des intermittences.

A 10 heures, les bruits du cœur du fœtus sont ralentis, sourds, irréguliers et deviennent très mauvais, la dilatation est complète.

La tête est toujours en droite transverse, et n'a pas progressé. Deux applications de forceps Tarnier sont pratiquées.

L'articulation se fait normalement, mais dès le début d'une traction modérée, le forceps est impuissant à entraîner la tête, et descend seul. Chaque fois la désarticulation de l'instrument est faite immédiatement. Ces deux prises, sans violence, n'ont d'ailleurs laissé aucune trace, aucune marque.

On applique alors le forceps Poullet, et à la première prise la tête opère son mouvement de descente; la rotation est faite à la partie tout inférieure de l'excavation; l'extraction se fait normalement.

L'enfant vient en état de mort apparente, porte du côté droit une ecchymose siégeant à la partie supérieure de la branche montante du maxillaire inférieur et à la partie antérieure de la mastoïde du côté droit. A l'aide de la respiration bouche à bouche, des tractions de la langue, il est ranimé au bout de 25 minutes. Et c'est alors que l'on constate que *tout mouvement inspiratoire est supprimé dans la moitié droite du thorax*. Seule la partie gauche respire. Pas de troubles oculaires, ni pupillaires; la respiration diaphragmatique se fait entière, mais irrégulière et saccadée. Pas de paralysie de la langue.

La délivrance se fit aussitôt après l'accouchement.

L'enfant vécut 2 heures 1/2.

Il pesait 3.100 gr. Le placenta 650 gr.

Le diamètre bipariétal mesurait 10 cm.

L'occipito-mentonnier 14.

A l'autopsie, nous demandant si l'abolition unilatérale des mouvements respiratoires ne provenait pas d'un traumatisme, d'une lésion musculaire sterno-mastoïdienne, d'un tiraillement du spinal par exemple, la région cervicale fut disséquée en entier. Pas de rupture musculaire en aucune façon, le spinal, le pneumogastrique sont disséqués en entier, rien d'anormal.

Le rachis est alors ouvert en arrière par une incision comprenant également l'occipital sur la partie médiane. Pas d'épanchement rachidien, pas de lésions des méninges et des origines apparentes des nerfs bulbaires spinal et autres. Pas d'épanchement cérébral ou intra-méningien.

Tout paraît normal.

Ce n'est qu'à la section de la moelle cervicale que l'on voit à

l'œil nu un foyer hémorrhagique très net siégeant à la base des cornes antérieure et bilatérale ; le foyer est visible sur une étendue de 6 mm. environ.

Les deux poumons ont respiré, ce qui s'explique par la respiration artificielle qui a été pratiquée.

Les coupes ont été pratiquées et examinées avec les conseils de M. le Dr Durante, chef de laboratoire de la Charité, depuis la région moyenne du pont de Varole, où l'on ne constatait plus de lésions à l'œil nu, jusqu'au niveau de la 5^e cervicale, où la moelle paraissait saine.

Dans le 1/3 inférieur de la protubérance, toute la région postérieure est normale, les faisceaux nerveux n'ont pas d'altérations, les cellules nerveuses sont bien conservées. Dans la portion antérieure correspondant à la zone motrice, on observe une dilatation intense des capillaires qui, remplis de sang, dessinent un lacis autour des différents faisceaux des voies pyramidales et même dans leur intérieur.

Coupe du bulbe au niveau des racines du grand hypoglosse. A ce niveau, pas de foyers hémorrhagiques, dilatation vasculaire moins importante que plus haut ; les différents noyaux, bien marqués, sont formés de cellules normales. Les fosses nerveuses présentent un degré de développement normal pour cet âge, tout au plus pourrait-on dire qu'il existe un œdème léger dans les faisceaux qui se distribuent en éventail dans l'intérieur de l'olive. Les uns présentent en un seul point correspondant à la partie postérieure des faisceaux pyramidaux un œdème léger de leur tunique externe, l'adventice semblant plus lâche que dans les autres portions. Disons enfin que dans une seule coupe il existe au milieu du faisceau pyramidal d'un côté, deux petits amas de cellules rondes siégeant autour de 2 capillaires ayant tout l'aspect de nodules inflammatoires, le capillaire qui y entre et qui en ressort est normal. C'est une simple infiltration de leucocytes très limitée dans une paroi externe d'un vaisseau.

Région cervicale supérieure, foyer hémorrhagique bilatéral de la partie externe des deux cornes antérieures. Pas de lésions des parois vasculaires (infiltration, endopériartérite) ; mais, par contre, dans la moelle antérieure et postérieure, dilatation des vaisseaux et œdème de la région antérieure des espaces péri-vascu-

lares et également marqué par places autour des cellules des cornes antérieures.

Cellules normales.

Plus bas on retrouve les deux foyers. Un des rameaux de l'artère collatérale antérieure, au niveau de la racine de la corne antérieure, en pleine substance grise, est atteint d'endopériartérite, lésion qui se retrouve dans un petit vaisseau sur le bord externe de cette corne.

Dans la région cervicale située au-dessus de la quatrième paire, foyer hémorragique très limité, invisible à œil nu, mais qui est remplacé par une dilatation considérable des vaisseaux dans la corne antérieure; — œdème autour des cellules des cornes antérieures notablement plus marqué que plus haut, surtout dans la région externe des cornes où les capillaires ont résisté.

Conclusions. — Hémorragie congestive bilatérale, vaisseaux déjà malades. Pathogénie non expliquée par un traumatisme et amenant des troubles respiratoires localisés et unilatéraux.

Discussion :

M. CHARPENTIER. — Je voudrais demander à M. d'Herbécourt quels ont été les résultats de l'auscultation du côté immobilisé et dans quel état on a trouvé à l'autopsie le poumon correspondant.

M. d'HERBÉCOURT. — On n'entendait pas de murmure respiratoire. Quant à l'état du poumon, l'enfant ayant été insufflé pendant 20 minutes, il y avait de l'air dans les vésicules pulmonaires.

M. G. LEMONNIER : Note sur une grossesse extra-utérine remontant à 24 ans et dont l'expulsion s'est faite par l'intestin. Deux grossesses à terme postérieures à cette conception.

Une de mes clientes me présentait, au mois de juillet 1890, les deux fragments osseux que je joins à cette communication et dont l'un me paraît être un frontal avec la voûte sus-orbitaire. Elle avait, me dit-elle, expulsé par l'intestin ces petits os sans

souffrances accusées et sans symptômes particuliers au mois de mars précédent, 1896. Son état général n'avait pas été troublé et elle n'avait éprouvé ni frissons, ni fièvre, ni douleurs abdominales, ni émission de selles sanguinolentes ou purulentes, ni ténésme. Il est vrai d'ajouter qu'elle n'avait pas eu la curiosité d'examiner ses selles à cette époque. J'avais été appelé à donner mes soins seulement à cette malade depuis trois ans et demi à différentes reprises pour des troubles gastro-intestinaux et pour une lésion ancienne du sommet droit. Lorsque je pris connaissance de ma malade à mes premières visites j'avais bien constaté du côté des annexes gauches une tumeur assez dure de la grosseur d'un œuf de dinde environ et remontant jusqu'à un travers de doigt et demi au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. Le toucher vaginal donnait cette même sensation de dureté et l'utérus était immobilisé, le col largement déchiré. L'interrogatoire ne me donnant aucune réponse précise sur les antécédents qui me furent dissimulés à ce moment, j'attribuai cette lésion à une pelvi-péritonite ancienne ou à une salpingite et ne m'occupai plus de cette complication.

Mais, en présence de cette expulsion de débris osseux, je revins sur mon interrogatoire, et voici ce que me raconta ma malade. Une première grossesse sans fausse couche et sans troubles utérins antérieurs se produisit en 1872. Cette grossesse fut normale depuis le début jusqu'à la fin et fut même heureuse. Arrivée à terme, des douleurs expulsives se firent sentir pendant deux heures dans l'après-midi, puis cessèrent et se renouvelèrent pendant huit jours deux heures chaque soir. Cette dame fit alors le voyage de Paris et consulta les docteurs Demarquay et Guéneau de Mussy, qui tous deux diagnostiquèrent la grossesse extra-utérine. Le docteur Demarquay lui conseilla de ne pas se faire opérer (je crois devoir rappeler que cela se passait en 1872) et prétendit, paraît-il, qu'il n'y aurait pas d'autre grossesse, mais je laisse à ma malade la responsabilité de cette affirmation et me demande si ses souvenirs sont précis.

Deux grossesses à terme avec accouchements heureux ont eu lieu depuis, l'un en 1878 et l'autre en 1881. Les suites de couches ne donnèrent lieu à aucune complication.

Au mois de juillet 1896, lorsque tous ces renseignements me furent signalés, je fis un toucher rectal qui ne m'apprit rien et

n'arrivai pas au trajet fistuleux. Je conseillai cependant de grands lavements antiseptiques et l'exploration de la tumeur par le palper et le toucher vaginal ne m'indiquèrent pas une diminution de volume sensible, ce qui me laissa supposer que le lithopœdion n'était pas complètement expulsé.

L'état général était assez mauvais pour que je ne proposasse pas une intervention qui aurait du reste été refusée.

Voici donc une grossesse extra-utérine dont le lithopœdion s'enflamme 24 ans après le début et aurait pu donner lieu à des accidents mortels. L'ouverture se fait fort heureusement dans l'intestin, et n'est-ce pas le cas de rappeler l'enseignement de mon excellent maître Siredey qui considérait l'ouverture d'une pelvi-péritonite suppurée dans l'intestin comme bien préférable à celle qui s'ouvrait dans le vagin ou la vessie.

Cette observation ne donne-t-elle pas raison aujourd'hui à ceux qui conseillent d'opérer ?

Enfin, j'ai cru devoir signaler les deux accouchements à terme et exempts de complications qui se sont produits depuis.

R. PICHEVIN et LÉON WEBER : **Kystes Wolffiens de la vulve.**

A côté des kystes par rétention, qui se produisent si fréquemment dans les nombreuses glandes de la vulve, il existe d'autres formations kystiques, très intéressantes au point de vue clinique et anatomique, qui peuvent tirer leur origines des restes atrophies de la vie embryonnaire.

Nous avons vu presque simultanément à Necker, il y a deux ans, deux cas de kystes vulvaires, qui présentaient quelques caractères spéciaux. S'agissait-il dans les deux cas de productions kystiques d'origine Wolffienne ?

Cette question était d'autant plus intéressante à résoudre qu'elle touche un point encore controversé, celui de savoir si les restes persistants des canaux de Wolff peuvent s'observer au niveau du vestibule et donner lieu à des kystes analogues à certains kystes vaginaux. Aussi avons-nous fait photographier les parties génitales des deux malades qui avaient toutes les deux du côté gauche un kyste vulvaire de volume à peu près semblable et avons-nous examiné, avec le plus grand soin, au point de vue histologique, les deux parois kystiques.



Les kystes congénitaux du vagin ne sont pas exceptionnels, à en juger par les cas publiés par Klebs, Schröder, Poupinel, Johnston, Boursier, etc. Mais ce fut *J. Veit* (1867) (1) qui, le premier, a émis l'hypothèse que certains kystes vaginaux proviennent des vestiges du canal de Wolff. La théorie de Veit a été admise par tous les gynécologistes. Par contre, l'accord n'est pas fait, comme on le verra, sur l'origine des kystes développés au niveau du vestibule et de la partie supérieure de la vulve.

Dans cette note, nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire de tous les kystes développés au niveau de la vulve. Nous en éliminons un grand nombre pour n'en retenir que quelques-uns qui nous semblent offrir un certain intérêt au point de vue pathogénique.

Nous examinerons quelques observations de tumeurs kystiques qui semblent provenir des débris du corps de Wolff. A côté de ces tumeurs, il en est d'autres qui s'en rapprochent par leur siège, leur volume, leur aspect, leur évolution clinique, mais qui en diffèrent par la structure et par leur origine. Nous voulons parler des kystes développés aux dépens des canaux de Skene.

1° Kystes Wolffiens de la vulve.

A. Kystes à épithélium cillé.

OBSERVATION I. (Personnelle.)

Marie P. ., 43 ans, entre à l'hôpital Necker, service du Professeur Le Dentu, le 29 juillet 1896.

La malade a eu plusieurs enfants ; elle n'est plus réglée. Elle s'est aperçue, il y a six à huit ans, de l'existence d'une petite tumeur aux parties génitales. Peu à peu, sans douleurs, sans gêner le coït, la tumeur s'est développée et a atteint le volume d'une noix. Depuis quinze à dix-huit mois, elle s'est plus rapidement accrue et, bien que toujours indolore, gêne la marche.

Examen. — On constate que la malade porte, très proéminente, entre les grandes lèvres (Voy. fig. I), une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de pigeon (4 cent. sur 5 cent.). Elle

(1) J. VEIT. Handb. der Krankh. der Weibl. Geschl., 2^e édit., 1867, p. 541, et *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1832, vol. 8, p. 411.

paraît, à première vue, située sur la ligne médiane ; mais un examen plus attentif montre qu'elle se trouve à gauche, occupant le tiers *supérieur* de la petite lèvre gauche qu'elle emplit entièrement et empiète sur le vestibule, entre le clitoris, refoulé à droite, et le méat, caché sous la tumeur. Le kyste ne s'étend pas dans la grande lèvre.



Fig. I.

La surface de la tumeur, qui présente quelques varicosités, se trouve constituée par les téguments de la petite lèvre et, sans ligne de démarcation, à sa partie interne, par la muqueuse vestibulaire.

Le reste de l'appareil génital n'offre rien de pathologique : vulve flétrie, petite lèvre droite et 3/4 inférieurs de la petite lèvre gauche normaux ; utérus petit, un peu atrophie.

Opération le 30 juillet. -- Incision des téguments en tranche de melon. L'énucléation, assez facile en avant, est plus difficile

en arrière, le pédicule de la tumeur s'enfonçant assez profondément du côté de la branche ischio-pubienne, ce qui rend la dé-cortication du kyste assez délicate. Sutures à deux plans. Réunion par première intention sans drainage. Guérison complète ; la malade sort de l'hôpital le 7 août, huit jours après son entrée.

Examen de la pièce. — Tumeur arrondie, à surface externe fibreuse, excepté au niveau de la tranche cutanée.

Le contenu un peu crémeux, mi-solide, blanchâtre, ne montre à l'examen microscopique ni cristaux de cholestérine, ni vésicules adipeuses. On n'y trouve aucun élément figuré.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Auguste Pettit, a été négatif. L'examen direct du contenu coloré au bleu de méthylène n'a montré aucune Bactérie. Lesensemencements sur gélose et dans le bouillon n'ont donné aucun résultat. Enfin l'inoculation au cobaye n'a amené aucune réaction.

Examen histologique.

Pièce fixée à l'alcool, montée à la paraffine, coupée en série, colorée à l'hématoxyline-éosine.

Les coupes ont porté sur plusieurs parties de la paroi kystique ; elles présentent donc certaines différences.

D'une manière générale la paroi du kyste est formée de trois portions distinctes :

- 1° Epithélium de la surface labiale ;
- 2° Stroma ;
- 3° Epithélium kystique.

1° Epithélium de la surface labiale.

Ne présente rien de particulier : épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien ordinaire, reposant sur un chorion papillaire normal.

2° Stroma.

Tissu conjonctif lamelleux assez dense. Contient de nombreux vaisseaux normaux, mais entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. Cette infiltration leucocytaire est surtout développée tout contre la limite interne du kyste, à la partie qui, nous le verrons, est dépourvue d'épithélium ; elle forme en cet endroit une nappe assez dense pour rappeler la constitution d'un follicule lymphatique. Ailleurs, on voit disséminés dans le stroma

des nerfs nombreux et relativement volumineux ; ils sont normaux et accolés à des artérioles.

Nous n'avons malheureusement pas fait subir de coloration spéciale pour déceler des fibres musculaires lisses : le stroma porte bien des éléments nucléaires allongés, rappelant très bien les noyaux en bâtonnet de la fibre lisse ; mais, comme ils peuvent représenter des noyaux de cellules conjonctives aplaties, nous préférons ne pas affirmer l'existence de fibres lisses.

Au niveau de la paroi externe (labiale), dans le derme de l'épithélium malpighien, certaines coupes montrent une couche dense de glandes sébacées à l'état normal.

En somme, à part l'infiltration leucocytaire, ci-dessus signalée, le stroma n'offre aucune lésion.

3° *Paroi interne du kyste* (voy. figure II).

Cette paroi possède une structure assez complexe : elle présente une portion avec un revêtement épithélial, et une autre qui en est dépourvue.

Le revêtement épithélial, soit qu'il recouvre une surface plane ou bien qu'il tapisse de profondes plicatures, est assez complexe.

D'une manière générale, domine un épithélium cubique, superposé sur trois à quatre couches, avec cellules supérieures munies d'un plateau et recouvertes par endroits d'une nappe dense de *beaux cils vibratiles*. A un fort grossissement (voy. fig. II) on constate que les cellules cubiques sont irrégulièrement disposées, peu différenciées entre elles, les unes allongées, les autres plus courtes, toutes munies d'un noyau arrondi ou ovalaire, situé à des hauteurs différentes. Il n'y a pas de membrane basale distincte, mais à la base de l'épithélium existe une traînée de cellules cubiques un peu séparées du reste de l'épithélium, très petites (1).

Ajoutons que partout où l'épithélium est cubique, cilié, sur deux ou trois couches, le chorion est normal, peu vasculaire, sans papulles.

Mais, si le recouvrement épithélial est cylindrique cilié dans la

(1) KUMMEL, dans un cas de Kyste Wolffien cilié du vagin, a signalé une traînée analogue. Ces cellules ne correspondraient-elles pas aux cellules basales que Becker, Tourneux et Hermann décrivent sous l'épithélium cylindrique cilié de l'épididyme ?

plupart des couches, sur d'autres il se présente sous une tout autre forme.

Sur certaines préparations on constate, en effet, qu'il est nettement *pavimenteux stratifié*, avec assise régulière de cellules basales, surmontées d'autres de plus en plus aplaties.

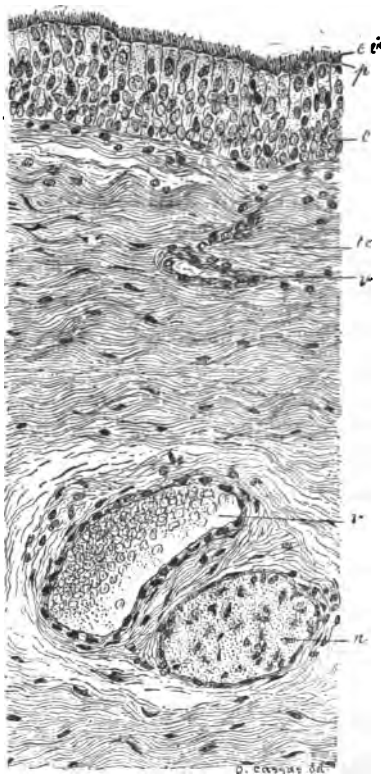


Fig. II.

c. Cellules épithéliales. — c v. Cils vibratiles. — p. Plateau. — t c. Tissu conjonctif. — v. Vaisseau. — n. Nerve.

Ailleurs, à l'endroit où la paroi du kyste présente de profondes invaginations, l'épithélium est stratifié ; les cellules qui le composent ne sont pas pavimenteuses, mais polymorphes ; quelques-unes, les plus superficielles, sont muqueuses.

Toutes ces formes, épithélium stratifié, cubique cilié, épithé-

lium pavimenteux stratifié, épithélium muqueux se retrouvent sur la même préparation et on peut suivre le passage de l'une à l'autre.

Faisant immédiatement suite à l'épithélium cubique cilié, et surmontant cette partie du stroma qui est infiltré, l'épithélium est tombé sur la majeure partie des coupes. Sur certaines d'entre elles on en peut reconnaître la cause : il reste, en effet, accolé directement au stroma. Quelques cellules ayant subi une complète dégénérescence.

Des fragments de cette partie de l'épithélium ont été spécialement colorés à la méthode de *Benda* après avoir été fixés au liquide de *Linsday*.

Toute la couche épithéliale est considérablement épaissie et a subi entièrement la dégénérescence fibro-graisseuse.

A un fort grossissement on constate que les cellules épithéliales sont dissociées soit par des faisceaux fibreux venant du stroma et colorés en bleu, soit par une masse de dégénérescence amorphe qui comble les vides laissés par les fibres et les cellules.

Les cellules épithéliales sont pour la plupart transformées en masses vésiculeuses, dont le protoplasma porte des particules graisseuses sous forme de grains noirâtres. Le noyau reste arrondi, encore nettement visible, portant un ou deux nucléoles bien colorés par la safranine. D'autres cellules ont perdu leur enveloppe et le contenu s'est déversé au dehors.

Par endroits, entre les cellules dégénérées, existent des noyaux de cellules jeunes, petites, arrondies, à noyau coloré en rouge brillant par la safranine.

Disons, pour terminer, que, en outre de la portion du kyste où l'épithélium est tombé par suite de la dégénérescence que nous venons de décrire, il existe une autre portion qui paraît en être primitivement dépourvue et où le stroma lui-même limite l'intérieur du kyste. La démarcation entre la portion épithéliale et la portion nue est très nette et on ne saurait ici invoquer une chute accidentelle ou pathologique. En effet, l'épithélium, au lieu de se couper simplement, se contourne en un véritable peloton qui vient s'enchâsser dans le tissu conjonctif ou bien diminue peu à peu de hauteur et se perd insensiblement dans la profondeur du stroma.

Il semblerait donc que, sur certaines parties du kyste, ont ait

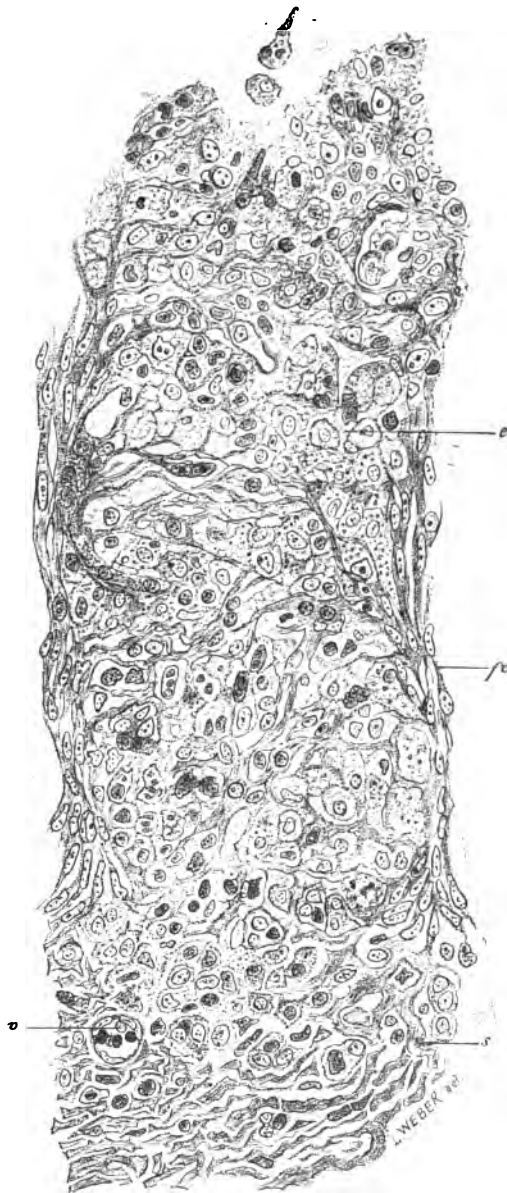


Fig. III

e) Epithélium dégénéré. — fc) Faisceaux conjonctifs venus du stroma. —
s) Stroma conjonctif. — v) Vaisseau.

affaire non à un revêtement épithélial continu, mais à de véritables plaques ou à des caps épithéliaux limités d'avec le stroma nu par un pourtour bien tranché.

Comme conclusion :

Kyste à parois mi-parties nues, mi-parties revêtues d'un épithélium sur chorion sans papilles, peut-être avec fibres musculaires lisses. Épithélium variables, surtout cubique, stratifié, cilié, mais aussi pavimenteux stratifié ou stratifié muqueux (1).

CAS DE LAGRANGE (2). — Kyste ayant mis sept ans à se développer, situé à la partie moyenne de la grande lèvre droite, poussant un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

Excision. Contenu liquide, blanchâtre, laiteux.

Examen histologique. — Paroi conjonctive contenant quelques rares fibres musculaires lisses. Épithélium double : cubique, sur deux ou trois couches, cilié dans la partie profonde de la tumeur ; pavimenteux stratifié dans sa portion franchement labiale.

CAS DE MERTZ (3). — Kyste du volume d'un œuf d'oie de la grande lèvre droite, ayant mis 25 ans à se développer sans que la malade ait jamais ressenti de douleurs. La tumeur s'étend jusque sous la symphyse pubienne et bombe dans le vagin.

Examen histologique. — Une couche d'étroites cellules en forme de coin, munies d'un plateau portant de magnifiques cils vibratiles.

CAS DE KÜMMEL (4) (1^{er} cas). — Jeune fille de 15 ans porte à la petite lèvre un kyste de 4 centimètres de diamètre, transparent.

Excision.

Examen histologique. — Épithélium de plusieurs rangs d'étroites cellules, dont les superficielles portent une rangée de longs et fins cils.

2^e cas. — Petit kyste de la petite lèvre, à contenu caséux blan-

(1) Voir pour les détails et la bibliographie : LÉON WEBER, Thèse de Paris, 1898.

(2) LAGRANGE. Kyste congénital de la grande lèvre. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1883.

(3) MERTZ. Thèse de Breslau, 1885.

(4) KÜMMEL. Ueber Cystische Bildungen in der Vagina. *Arch. f. pathol. Anat.*, 1888, vol. 114, p. 425.

châtre. Epithélium plat, sur une seule couche, portant des *cils vibratiles* nombreux et puissants.

CAS DE M^{me} ULESKO STROGONOVA. — Petit kyste situé à la partie inféro-latérale de l'hymen, derrière lequel existe un second enchâssé dans la paroi vaginale.

Contenu foncé, hématique.

Examen histologique. — Chorion conjonctif, sans fibres lisses pour le kyste hyménéal, avec fibres lisses pour le kyste vaginal. Epithélium cubique, d'une seule couche de cellules portant sur un plateau des cils biens distincts.

Tels sont les six cas de kystes à épithélium cilié de la vulve que nous avons pu colliger.

Quelle peut être l'origine de ces kystes à cellules ciliées ? La première idée que fait naître leur structure complexe est qu'ils sont de nature congénitale et non de simples kystes glandulaires par rétention, assez fréquents dans cette région. Mais trouve-t-on à la vulve des restes fœtaux susceptibles de donner lieu à un kyste ?

Le canal de Wolff seul peut être incriminé. On sait que le canal de Wolff persiste normalement chez la femelle adulte des Rongeurs et des Ruminants sous forme de petits canaux qui, du parovaire vont, le long des parois utérines et vaginales, se terminer de chaque côté de l'orifice urétral (*Gartner Kobelt, Follin. Bl. Sutton*) et prennent le nom de l'anatomiste danois, Gartner, qui le premier en fit une étude complète.

Les canaux de Gartner furent trouvés dans l'espèce humaine par *Beigel* et *Dorhn* chez le fœtus, par *Fischel, Rieder, Debierre*, etc., chez la Femme adulte. Tous les auteurs croient actuellement à la possibilité de leur persistance jusqu'au col utérin. Mais ici naissent les divergences : les uns admettent, avec *Freund, Kechs, Debierre, Kossmann*, que les canaux de Gartner peuvent persister dans leur portion vaginale et venir se terminer dans le vestibule aux alentours du méat urinaire ; les autres, avec *Beigel, Dorhn, Max Suller, Tourneux, Nagel*, niant cette terminaison vestibulaire et disent que les canaux décrits par les auteurs précédents sont ceux que *Skene* a découverts en 1883 et qui représentent probablement les canaux excréteurs des glandes prostatiques de Max Schüller.

Cependant trois ordres de faits paraissent plaider en faveur de la possibilité d'une terminaison vestibulaire des canaux de Gartner : les uns tirés de l'anatomie comparée, d'autres qui sont empruntés au développement, les derniers enfin qui sont d'ordre clinique.

L'anatomie comparée montre, en effet, que chez les animaux où l'existence du canal de Gartner est la règle (Vache, Truie), ce canal vient se terminer de chaque côté du méat urinaire.

L'embryologie indique que les canaux de Wolff, futurs canaux de Gartner, viennent primitivement se terminer à la portion supérieure du sinus uro-génital, un peu au-dessus de l'endroit où plus tard viendront s'aboucher les canaux de Muller, futur vagin. Par conséquent, si le canal de Wolff persiste dans sa portion inférieure chez l'adulte, il viendra se terminer dans l'une des parties des organes génitaux externes dérivés de la partie supérieure du sinus uro-génital, c'est-à-dire, suivant les classiques, le vestibule, le pourtour du méat et du vagin, auquel on ajoutera, avec *Pozzi* l'hymen, et, avec *Retterer*, une partie de l'extrémité inférieure du vagin et de l'urèthre, ainsi que la cloison uréthro-vaginale.

La *clinique* enfin montre plusieurs faits de persistance *in toto* de canaux de Gartner chez l'adulte : Cas de *Realdus-Colombus* (1559), cas de *Fürst*, mais surtout cas de *Lawson Tait*, d'*Aman Routh* et de *Skene*, dans lesquels ces auteurs virent se terminer soit de chaque côté de l'urèthre (Lawson Tait), soit dans l'urèthre même (Skene) de petits canaux qui laissent s'écouler un liquide clair.

Parmi ces cas, le plus intéressant et le plus démonstratif est celui de *Skene* (1). Il s'agissait d'une femme parfaitement bien portante et dont la seule maladie consistait en un écoulement incessant par l'urèthre d'un liquide incolore, inodore, mais assez abondant pour la forcer à se garnir le jour comme la nuit.

La miction se fait bien, le liquide n'est pas de l'urine. Après de longues recherches et en examinant un jour le canal uréthral au moyen du cystoscope, Skene réussit à voir un jet de liquide fin comme un cheveu, jaillissant d'un tout petit orifice situé dans la paroi supérieure de l'urèthre. Le jet put être arrêté par la pres-

(1) SKENE A singular Case of Patency of a Gartner's Duct. (*Medical Record*, 1893, p. 692.)

sion du cystoscope, mais se reproduisit aussitôt que la pression cessa.

Ne pouvant plus retrouver l'orifice, Skene passa une ligature en masse dans toute la paroi uréthro-vaginale. L'écoulement cessa, mais toute la paroi supérieure du vagin se tuméfia dès le lendemain. Skene fit une incision juste derrière la ligature, il sortit un liquide clair et réussit à sonder par le vagin le canal lui-même : la sonde put pénétrer jusque dans la région du parovaire. L'écoulement persista pendant quelque temps et ne cessa qu'à la suite d'injections irritantes.

Ce cas était d'autant plus intéressant pour Skene, qu'il confirmait son opinion que les canaux de Gartner sont absolument différents des conduits des glandes uréthrales découvertes par lui et qui portent son nom. Chez sa malade on trouvait à la fois et les canaux de Gartner et les canaux dits de Skene.

Enfin, *Klein et Groschuff* virent un canal de Gartner persister chez une fillette et se terminer au niveau de l'hymen ; ils purent suivre tout son trajet au moyen de coupes en séries.

Il résulte des considérations précédentes que les canaux de Wolff-Gartner peuvent, en cas de persistance inférieure, se terminer à la vulve, à la partie supérieure de l'une quelconque des formations provenant du sinus uro-génital, et que par conséquent ils peuvent donner lieu à des kystes wolffiens de la région.

Voyons, maintenant, si notre cas et les autres observations dont nous avons donné le résumé peuvent être considérés comme des exemples de kyste d'origine wolffienne.

Si on se reporte aux caractères que les auteurs assignent aux kystes wolffiens du vagin (*Poupinel* (1), *Chalot* (2), *Zweigbaum* (3), *Kümmel*), on voit qu'il faut baser le diagnostic sur l'augmentation de volume, la situation et la structure de ces productions kystiques.

1° L'augmentation de volume d'un kyste Wolffien sera lente et un caractère précieux sera la constatation de son existence depuis l'enfance.

(1) POUPINEL. Thèse de Paris, 1889.

(2) CHALOT. Kystes wolffiens du vagin. *Ann. de gyn.*, t. 33, 1882, p. II.

(3) ZWEIFBAUM. Ueber die Cysten der Scheide. (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1896, vol. 3, p. 21.

2° Comme les canaux de Wolff-Gartner parcourent la paroi supéro-latérale du vagin, et viennent se terminer aux alentours de l'urèthre, un kyste wolffien aura un siège *supérieur* et possèdera un prolongement dans la profondeur. Plus ce prolongement se rapprochera du parovaire, plus probable sera l'origine wolffienne du kyste.

3° La structure du kyste et surtout celle de son épithélium n'aura pas un caractère absolument déterminé : on sait, en effet, à quelles variations physiologiques et pathologiques les épithéliums sont soumis.

Cependant plus sa structure ressemblera à celle, soit du canal de Wolff chez l'embryon, soit mieux encore des dérivés adultes du canal de Wolff (épididyme, canal déférent, canaux de Gartner), plus il sera possible d'affirmer que le kyste est wolffien.

L'épithélium sera donc cylindrique, sur une ou plusieurs couches de hautes cellules cubiques sans cils (type déférent, type Gartnerien, bien que le canal de Gartner chez le renard soit cilié, selon von Preuschen) ou mieux avec cils (type épididymaire.)

Nous disons *mieux*, parce que si un kyste glandulaire, peut fournir un épithélium cubique sur plusieurs couches, il est plus difficile d'admettre qu'il donne un épithélium cilié.

L'épithélium reposera sur un chorion sans papilles, renfermant quelques fibres musculaires, puisque le canal de Wolff en possède, de même que les dérivés adultes. On pourra aussi rencontrer dans un kyste wolffien un épithélium stratifié, coexistant avec l'épithélium cilié, et point n'est besoin d'invoquer pour cela un pincement peu vraisemblable de l'ectoderme (Lagrange) ; mais il suffit de considérer que les canaux éjaculateurs (wolffiens) possèdent un épithélium stratifié (Klein) (1), en tout semblable à celui de l'urèthre, et que les canaux de Gartner à leur terminaison sont tapissés d'un épithélium analogue à celui du vestibule.

Les cas que nous avons recueillis présentent-ils ces caractères généraux ?

1° NOTRE CAS. — Le kyste avait mis plusieurs années à se développer ; il est même fort possible qu'il ait débuté quelques années avant que la malade ne s'en fût aperçue. Sa situation vesti-

(1) KLEIN. Stricker's Handbuch, p. 640.

bulo-labiale, ses connexions avec la profondeur, répondent à la situation qu'on assigne aux débris des canaux de Wolff. Enfin sa structure et surtout celle de l'épithélium cilié composé de plusieurs couches de cellules cylindriques, répondent aux conditions qui permettent d'assigner au kyste une origine congénitale.

Cependant, chez notre malade la paroi kystique manque de fibres lisses et, en certains points, sa face interne est dépourvue d'épithélium. Pour ce qui est des fibres lisses, étant donné le volume du kyste et le développement considérable de la paroi, il est possible que la couche musculaire ait été très amincie et que les coupes examinées n'en portaient pas. Du reste, dans notre cas nous n'écartons pas absolument la possibilité de l'existence de ces fibres lisses.

Comment interpréter cette absence d'épithélium en un point ? On peut l'expliquer non par une chute de l'épithélium, comme au niveau de la partie dégénérée, mais par le fait que le canal de Gartner, en tant que vestige atrophique, pouvait parfaitement n'être plus un canal fermé, mais une simple trainée épithéliale qui aurait sécrété et donné lieu à un kyste. Le liquide sécrété aurait été fourni par cette petite portion de l'épithélium stratifié qui avait subi la transformation muqueuse.

Notre kyste possède donc la plupart des caractères de *présomption* assignés à un kyste wolffien.

CAS DE LAGRANGE. — Lagrange, se basant sur la présence des cils à la face interne du kyste, faisait provenir celui-ci d'un canal de Müller et assignait à l'épithélium stratifié une origine ectodermique. Nous pensons différemment et croyons que ce kyste, par sa structure, se rapproche sensiblement du nôtre. Quant à sa situation dans la grande lèvre, elle peut parfaitement être secondaire, puisque le kyste poussait un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

CAS DE KÜMMEL. — Bien que Kümmel lui-même ne veuille pas admettre les cas qu'il publie comme étant d'origine wolffienne, par ce fait que les restes gartneriens n'ont pas été signalés dans les petites lèvres, nous ne pensons pas moins que ses kystes sont probablement d'origine congénitale, quoiqu'ils ne présentent pas les mêmes caractères d'authenticité que les précédents.

CAS DE MERTZ. — Ce cas est malheureusement relaté par l'au-

teur d'une manière trop succincte ; néanmoins on peut, pour lui aussi, invoquer l'origine wolffienne : volume considérable, connexions profondes avec les parois vaginales, situation supérieure, épithélium cilié.

CAS D'ULESKO-STROGONOVA. — Le kyste, bien que pourvu d'un épithélium cilié, ne provient peut-être pas des restes du canal de Wolff. Sa situation plutôt inférieure, sa croissance relativement rapide (1 année 1/2), son chorion papillaire, sa paroi dépourvue de fibres lisses, enfin l'existence tout à côté, en arrière, d'un second kyste dans les parois du vagin, plaideraient plutôt en faveur d'un kyste développé aux dépens d'une de ces glandes vaginales décrites par Von Preuschen et qui seraient revêtues, d'après lui, d'un épithélium cilié. Il est bon d'ajouter que l'opinion de Von Preuschen n'est pas généralement admise et qu'elle mérite d'être soumise au contrôle de l'observation microscopique. Dans tous les cas, il y a lieu de faire des réserves sur l'origine qu'il faut attribuer au kyste en question.

B. Kystes à épithélium non cilié.

Nous avons groupé les kystes revêtus d'un épithélium cilié comme possédant un caractère commun d'une grande valeur en faveur de leur origine congénitale. Cependant il peut exister des kystes génitaux non ciliés, puisque le canal de Gartner de la plupart des Animaux et de la Femme n'a pas de cils.

En étudiant les diverses observations de kystes, nous avons pu recueillir les cas de *Brandt* (1), de *de Mayaldhaes* (2), de *Villar* (3), de *Johnston* (4), de *Veit* (5) qui se rapprochent tant par la situation que par leur structure (à part la ciliation) des cas que nous citons.

Dans le cas de *Brandt*, il s'agissait d'un kyste de la petite lèvre assez semblable à première vue aux kystes sébacés ordinaires. Mais les caractères de son épithélium à cellules cylindriques ; son contenu mi-partie blanc, granuleux comme dans

(1) BRANDT. Kyste de la petite plèvre. *Jour. des mal des femmes de Saint-Petersbourg*, 1894, p. 854.

(2) DE MAYALDHAES. Contribution à l'étude des kystes séreux des petites lèvres. *Mémoires de l'Ac. de méd.*, 1897, p. 227 et 693.

(3) VILLAR. In *Thèse de Sage*, Bordeaux, 1894-95.

(4) JOHNSTON. *American Journ. of obstetrics*, nov. 1887.

(5) VEIT. *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1897, II, p. 67.

notre cas, mi-partie liquide ; sa situation tout près du clitoris, son lent développement, font plutôt penser à un kyste congénital qu'à un kyste par rétention glandulaire.

Celui de *de Mayaldhâes* a trait à une femme de 25 ans, qui portait depuis l'âge de 12 ans, une tumeur de 8 centimètres de long à la petite lèvre droite. Pas de douleurs. Ablation. Contenu séreux, clair, limpide, à peine jaunâtre, aseptique. A l'examen histologique, épithélium à larges cellules prismatiques, presque cubiques, à noyaux tous situés sur la même hauteur. Dans le chorion quelques petits bourgeons papilliformes.

L'auteur lui-même fait provenir ce kyste du canal de Gartner. Ce kyste présente en effet tous les caractères que nous avons donnés aux kystes wolffiens, hormis la ciliation.

Johnston et *Veit* assignent la même origine aux kystes qu'ils ont observés. Dans celui de *Johnston* il s'agissait de tout un chapelet de kystes dont le plus antérieur était situé sous le méat et le plus postérieur au niveau du col. L'épithélium cylindrique, les fibres lisses de la paroi, la situation des kystes multiples en des points qui correspondent au trajet connu du canal de Gartner, sont des caractères qui font croire à une origine congénitale.

Le cas de *Veit* est relaté d'une manière trop brève pour que l'on puisse s'en faire une idée exacte. Néanmoins l'épithélium partout pavimenteux stratifié, les deux orifices communiquant avec l'urèthre, que *Veit* signale, ne sont pas en faveur de l'origine wolffienne de ce kyste et se rapprochent plutôt des cas dont nous allons parler.

Nous ne nous étendrons pas sur le cas de *Villar*, que cet auteur range parmi les kystes dermoïdes ; ce kyste possédait plusieurs caractères des kystes wolffiens, mais son contenu était franchement sébacé, ce qui n'a été le cas pour aucun kyste wolffien. L'origine de ce kyste est donc contestable.

Pour nous résumer, nous dirons que dans la plupart de ces cas il s'agit de kystes qui sont situés non loin de la terminaison possible du canal de Gartner ; ils sont tapissés d'un épithélium cubique sur une ou plusieurs couches, ont un contenu liquide ou épais ; certains possèdent même des fibres lisses et un chorion sans papilles. Néanmoins nous ne les citons qu'avec réserve, leur origine congénitale étant moins certaine que celle des kystes précédents.

2° Kystes des canaux de Skene.

Pour montrer la différence considérable qui existe entre les kystes auxquels nous imputons une origine congénitale, et les kystes d'une autre provenance, nous donnons ici deux autres observations inédites.

Comme on le verra, *cliniquement*, ces observations se rapprochent beaucoup de notre premier cas, mais les caractères histologiques lui assignent une tout autre origine.

OBSERVATION II.

Arm. Hér., 34 ans ; entrée à l'hôpital Necker, dans le service du Professeur Le Dentu, le 20 juillet 1896.

La malade a remarqué il y a plusieurs années une tumeur située à la partie gauche de la vulve, tumeur qui augmentait progressivement et avait fini par atteindre le volume d'un petit œuf de poule. (Voir fig. 4, p. 50.)

Examen. — On constate, en effet, une tumeur de la grande lèvre gauche, qui envahit et distend tout le tiers supérieur de cette dernière et s'étend à la base de la petite lèvre, jusqu'à la paroi supéro-latérale gauche du vagin ; si bien que la petite lèvre forme comme une crête de coq sur la surface libre de la tumeur. Il n'existe aucun changement de coloration à la peau, qui est simplement amincie.

À la palpation, la tumeur est irréductible et nettement fluctuante et ne se prolonge pas profondément dans le vagin.

La malade ne ressent aucune douleur ; seul le coït se trouve quelque peu incommodé. Pendant la marche cette femme est un peu gênée.

Excision. — La tumeur est disséquée, mais s'ouvre pendant l'opération ; il s'écoule un liquide absolument clair.

Sutures à deux plans. Pas de drainage. Réunion par première intention.

Le malade sort de l'hôpital le 1^{er} août.

Examen histologique.

Paraffine. Hématoxyline. Éosine.

Fixation des pièces à l'alcool.

La paroi, épaisse de 10 à 12 ^{mm}, est composée comme suit :

Epithélium de la muqueuse interne de la grande lèvre, pavi-

menteux, stratifié et corné, sur derme papillaire ; ce dernier contient une ou deux glandes sébacées.



Fig. 4. — Kyste du canal de Skene. (Obs. II.)

Stroma conjonctif lamelleux, assez dense, ne contenant pas de fibres musculaires propres, mais renfermant de nombreux vaisseaux. Ceux-ci, surtout du côté de la paroi interne du kyste, sont entourés de nombreux leucocytes et leur endothélium est très épais.

L'épithélium kystique est un épithélium stratifié, sur 3 à 15 couches, composé de cellules élevées, étroites par leur base, larges par le haut, très semblables à celles de l'urèthre. Quelques-unes ont subi la transformation muqueuse.

Cet épithélium s'élève sur des papilles très basses et très larges.

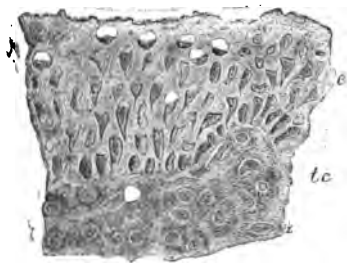


Fig. 5. — Épithélium du kyste du canal de Skene.

On voit que, dans ce cas, la structure se distingue entièrement de notre observation précédente. Le chorion est nettement papillaire, l'épithélium est partout le même, stratifié avec cellules en forme de coin ayant les caractères de celui que les Allemands appellent *Uebergangsepithel* et qui est analogue au revêtement uréthral.

OBSERVATION III (1).

CAS DE DE BARY (1). *Cas 1.* — Petite fille d'une année, porte à la vulve une petite tumeur rougeâtre, molle, fluctuante, longue d'environ 3 centimètres, située tout près de l'urèthre entre le méat et le vagin.

Contenu clair. A l'examen histologique on constate un épithélium stratifié à cellules allongées, semblables à celles qui tapissent l'urèthre (*Uebergangsepithel*).

Cas 2. — Cadavre d'une jeune fille de 23 ans ; morte d'accidents dus à une rétention prolongée des urines (dilatation chronique de la vessie, des uretères, néphrite). A la vulve existe un kyste du volume d'un œuf d'oie, situé entre le canal uréthral et le vagin. Contenu clair, aqueux. L'examen histologique montre que la paroi interne était tapissée d'une rangée de cellules analogues à celles de la vessie.

(1) DE BARY. Ueber Zwei Fälle von Cysten in der Wand der weiblichen Harnröhre. (*Virchow's Archiv.*, 1886, vol. 106, p. 56 à 80, 1 pl.)

Ces cas sont, comme on le voit, analogues aux précédents : même tumeur vulvaire, même contenu liquide, même volume ; cependant ils en diffèrent quelque peu déjà cliniquement par les rapports intimes qu'ils affectent toujours avec les parois uréthrales, ainsi que par leur siège qui est plutôt uréthro-vaginal que vestibulaire.

Cette différence est encore plus marquée à l'examen histologique : ces kystes possèdent un chorion papillaire et ne sont plus revêtus par un épithélium cylindrique sur une ou plusieurs couches avec ou sans cils, mais par un épithélium du type uréthral, à cellules de 3 à 10 couches de forme triangulaire sur une coupe, épithélium en tout semblable à celui que Max Schüller a décrit au niveau des canaux de Skene, qui s'ouvrent normalement de chaque côté du méat et qui ne sont, comme nous l'avons vu, que les conduits excréteurs des glandes prostatiques de la femme.

Cette origine est d'autant plus probable que, dans le cas de *de Bar*, la surface externe de la tumeur extirpée présentait encore l'orifice d'un des canaux de Skene.

En résumé, il existe à la partie supérieure de la vulve, outre les kystes glandulaires par rétention, des kystes cliniquement semblables, mais de structure différente, dont le diagnostic s'établira surtout par l'examen histologique.

Les uns se développent dans les canaux de Skene et se reconnaissent à leur épithélium spécial.

Les autres prennent évidemment leur origine dans les canaux de Wolff-Gartner. Des arguments tirés de l'anatomie comparée, de l'embryologie, de la clinique, démontrent, en effet, l'existence de vestiges wolffiens, au niveau du vestibule. D'autre part, les cas que nous avons réunis, s'ils ne possèdent aucune preuve particulière entraînant l'absolue certitude, réunissent un faisceau de caractères qui permettent de leur assigner presque à coup sûr une origine wolffienne.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du Jeudi 21 Avril 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Journaux habituels. Ouvrages reçus : *Nordiskt medicinskt Arkiv.* ; — *Om Syphilis congenita* of E. Odemansson.

Communications : M. BLONDEL : Un cas d'utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un curettage. *Discussion* : MM. OLIVIER, PORAK, DOLÉRIS. — M. TREUB : Cas rare de complication de l'accouchement par un kyste dermoïde. *Discussion* : MM. FOURNEL, PORAK, DOLÉRIS, LOVIOT, LABUSQUIÈRE. — M. DURANT : Un cas de lésion congénitale systématisée des faisceaux de Goll.

Présentation de pièces : M. MASBRENIER : Anévrysme entre l'aorte et l'artère pulmonaire consécutif à une endocardite infectieuse résultant d'un avortement. — M. GEORGHU : Un monstre double (sternopage). *Discussion* : M. PORAK. — M. HIVET : Rupture de l'utérus au 3^e mois au niveau de la portion sus-vaginale du col. — M. HIVET : Grossesse tubo-interstitielle enlevée par la laparotomie.

M. R. BLONDEL : Un cas d'utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation, au cours d'un curettage.

Les cas d'utérus bipartitus ne figurent guère dans la littérature médicale qu'à titre de trouvailles d'autopsies ou de laparotomies : cliniquement, ils ont surtout été envisagés jusqu'ici au point de vue du développement de l'œuf ou du siège d'implantation des myomes. Les observations dans lesquelles la bifidité de l'utérus a pu être constatée au cours d'une métrite sont des plus rares : elles portent plutôt, en général, sur des cas de bipartition complète du canal utéro-vaginal, dans lesquels, à côté d'un vagin d'apparence normale, existait un trajet fistuleux non soupçonné, représentant le second vagin, et dont la présence ne se révéla qu'à l'occasion d'une infection qui en fit le siège d'une inflammation secondaire et distincte.

L'observation qui va suivre m'a mis en présence d'un cas où

l'anomalie anatomique était plus difficile encore à prévoir, en même temps qu'elle m'entraînait vers une fausse interprétation, contre laquelle il sera bon, à l'avenir, de se mettre en garde.

Mme X... se présente le 10 avril 1897 à ma clinique, se plaignant de douleurs de ventre, de règles trop abondantes et de pertes vaginales purulentes.

Elle est âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, et n'a jamais eu ni grossesse, ni fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu jusqu'à son mariage des époques assez régulières, modérément abondantes, un peu douloureuses, avec phénomènes congestifs et névralgiques assez marqués. Leucorrhée presque permanente.

Les troubles dont elle se plaint ont débuté quelques mois après son mariage et se sont déroulés selon le type classique de l'endométrite blennorrhagique subaiguë. Elle a souffert modérément dans les flancs et le retentissement péritonéal paraît avoir été minime, puisqu'elle ne s'est jamais couchée. Ce qui l'inquiète aujourd'hui, c'est l'abondance croissante de ses règles et ses pertes purulentes. Elle a eu, au début, de la pollakiurie avec brûlures à la miction, aujourd'hui disparues.

A l'examen, je trouve les signes habituels de l'endométrite et un empatement peu marqué du cul-de-sac latéral droit. L'hystéromètre révèle une cavité utérine un peu agrandie : l'orifice interne est élargi, et l'instrument le franchit aisément. La curette exploratrice, introduite à son tour, ramène des raclures épaisses, blanches, fongueuses.

La malade, qui est une pauvre femme de ménage, ne pouvant se prêter à un traitement un peu prolongé, accepte le curettage que je lui propose.

Celui-ci est pratiqué le 15 avril, après dilatation extemporanée aux bougies, l'emploi des laminaires préalables n'étant pas possible, puisque la malade ne pouvait interrompre son travail.

Le curettage ne présente rien d'anormal, jusqu'au moment où, fouillant la corne droite avec la petite curette longue, en boucle, de Doléris, pour détacher les fongosités accumulées devant le débouché de la trompe, je sentis la paroi céder et l'instrument poussé cependant avec la douceur voulue, pénétrer sans difficulté sur une profondeur qui me parut être d'environ deux

ou trois centimètres. Le ressaut de la curette avait été tellement brusque que je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse provoqué une perforation utérine. Par prudence, j'arrêtai là l'emploi de la curette, et fis passer aussitôt dans l'utérus, avec la sonde à double courant, sous une pression presque nulle, un litre d'eau bouillie salée à 46°, espérant exciter ainsi la contractilité de l'organe.

La malade fut gardée à la clinique et tenue en observation minutieuse : tout fut disposé pour pratiquer l'hystérectomie à la moindre alerte.

En réalité, la malade n'eut pas même de vomissements chloroformiques et se rétablit avec une telle absence de symptômes alarmants d'aucune sorte, que je la fis lever au bout de huit jours et retourner chez elle.

Pendant quelque temps, son état parut excellent ; mais cinq mois après, les pertes vaginales reparaissaient et en novembre ses règles revenaient avec une telle abondance qu'il fallut à nouveau intervenir.

Je jugeai, au cas où une perforation aurait été produite en avril, que la réparation devait être assez complète pour pouvoir introduire la curette à nouveau dans l'utérus sans risquer d'y rencontrer de point faible.

Le 12 novembre, je fis un nouveau curettage, lent, minutieux, en redoublant de circonspection, bien entendu, quand j'arrivai dans la corne droite.

Tout comme la première fois, ma curette rencontra sur le côté de l'organe, au-dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra sans coup férir pour butter bientôt contre un obstacle qui l'arrêta.

Je songeai aussitôt à la possibilité de l'existence d'un diverticule utérin correspondant soit à une perforation latérale conduisant dans le ligament large, soit à la corne atrophiée d'un utérus bipartitus.

Je plaçai une laminaire dans l'utérus et le lendemain je la remplaçai par une éponge volumineuse. Le troisième jour, je pouvais introduire l'index dans la cavité de l'organe. Je pus constater alors l'existence, sur le côté droit de l'utérus, d'une sorte de bride ou plutôt d'arête dirigée d'avant en arrière, accolée à la paroi, et sous laquelle je pus glisser un hystéromètre

qui s'enfonça aisément jusqu'à 3 centimètres de profondeur pour s'arrêter sur une paroi résistante. Je remplaçai cet hystéromètre par une laminaire de même taille. Mais je ne parvins à obtenir qu'une dilatation relativement faible, et n'insistai pas outre mesure, ignorant l'épaisseur de la paroi de ce diverticule. Je pus néanmoins y glisser la curette et ramenai de sa cavité des fragments de muqueuse blancs et plus minces que ceux que donnait le raclage de la grande cavité : j'aurais vivement désiré en faire l'examen, malheureusement ils n'avaient pas été conservés.

L'éclairage de la cavité utérine, pratiqué avec le spéculum intra-utérin et la lampe électrique que j'ai fait construire par M. Gaiffe, montra l'existence de l'orifice de la corne sous forme d'une fente allongée peu visible et que, sûrement, on n'aurait pas découvert si l'on n'avait été prévenu ou si l'on n'avait eu d'autre procédé d'examen à sa disposition.

La malade se rétablit rapidement et fut définitivement guérie de ses métrorrhagies et de ses pertes purulentes.

La rareté de l'utérus bipartitus fait que cette simple observation ne saurait avoir une portée bien générale. Il m'a paru intéressant néanmoins de la signaler. Il est à peu près impossible, comme je l'ai dit, de prévoir l'existence d'une semblable disposition : ce n'est donc qu'à l'occasion d'un faux accident semblable à celui qui m'est arrivé que l'on pourra être amené à la constater. Je ne parle pas, bien entendu, de l'utérus légèrement bifurqué, à cornes un peu profondes, que l'on rencontre quelquefois et qui ne présente aucun embarras. J'ai en vue l'*utérus bipartitus* dont une des cornes est développée comme une cavité utérine normale et dont l'autre n'est plus représentée que par un trajet borgne prenant naissance sur le côté, au-dessous de l'angle utérin correspondant, disposition qui crée un accès plus difficile à la trompe de ce côté et une chance de perpétuation de l'inflammation utérine, — quand elle existe, — si l'on ne prend soin de désinfecter cette région. Celle-ci peut constituer, en effet, un dernier refuge pour l'infection, comme le cul-de-sac de l'hypospadias dans la blennorrhagie uréthrale de l'homme.

Discussion :

M. OLIVIER. — Le premier curettage n'ayant pas donné de

résultat il était logique de supposer que la métrite s'était localisée au niveau de la muqueuse des diverticules. Pour ma part, j'aurais essayé de fendre la cloison pour pouvoir curetter à fond ce cul-de-sac. C'est, je crois, ce qu'il y aurait avantage à faire, si par hasard la récurrence se produisait une seconde fois.

M. PORAK. — La disposition observée par M. Blondel ne peut-elle pas s'expliquer de la façon suivante ? La laminaire ayant pénétré dans une des cornes a dû refouler la cloison vers la paroi de l'utérus de façon à lui donner une apparence qui n'est plus celle de l'éperon de l'utérus bicorné. J'ajouterai, quoique cela soit en dehors de la question, que la rétention placentaire est fréquente dans cette malformation utérine. J'ai observé plusieurs fois cette complication.

M. DOLÉRIS. — Il est assez difficile de comprendre que la dilatation de l'une des cornes ait pu refouler ainsi un éperon formé de tissu musculaire. Quant à la persistance de l'endométrite dans une loge inexplorée, cause de la récurrence, je veux bien y croire ; mais étant donné que je ne pense pas que le curettage agisse en dehors des métrorrhagies, avec des végétations de la muqueuse, j'avoue que je suis moins timoré que M. Olivier en matière de récurrence. Pour me résumer, je dirai que, vraisemblablement, M. Blondel a bien eu affaire à un utérus bipartitus et que la récurrence de l'endométrite n'est pas à redouter.

M. TREUB : Cas rare de complication de l'accouchement par un kyste dermoïde.

L'observation que je viens vous raconter me semble être surtout, pour ne pas dire uniquement, intéressante à titre de curiosité.

Le 25 février je reçus du docteur Stolp, médecin dans un village dont je vous tairai le nom, afin de ne pas trop vous écorcher les oreilles, une tumeur accompagnée de la lettre suivante :

« L'année passée je fus appelé auprès d'une femme se plaignant de douleurs abdominales. Je lui trouvai une tumeur que j'ai diagnostiquée comme un kyste ovarien, de grandeur moyenne et avec un long pédicule. Je conseillai l'ovariotomie, mais la malade ne suivit pas mon conseil et ce n'est qu'hier que j'ai revu la malade, la sage-femme me faisant appeler chez elle parce

que l'accouchement rencontrait des difficultés. L'examen de la parturiente, multipare de 34 ans, me fit trouver d'abord un ventre fortement en besace. La tumeur, qui se trouvait auparavant un peu à droite de la ligne médiane, parut être tout à fait refoulée et je crus la sentir à droite de l'utérus dans la fosse iliaque. La palpation fit connaître une présentation du sommet. Pas de bruits du cœur fœtal. La première chose que le doigt introduit dans le vagin constata fut une proéminence très forte de la paroi postérieure du vagin, surtout du côté droit. La tête, très haute, se présentait par l'oreille droite. L'introduction de la main entière me permit de constater que la partie supérieure de la tumeur n'était pas accessible et me donna en même temps l'occasion de corriger la position de la tête qui se trouvait en O.I.D.T. La poche des eaux était rompue depuis le matin, la tête se trouvait tellement fixée sur le détroit supérieur que la version ne pouvait plus être tentée. Je ne voulais pas appliquer le forceps, par crainte d'occasionner la rupture du kyste et je ne voulais non plus de la ponction pour ne pas courir les chances d'une infection. Puisqu'il n'y avait pas de danger immédiat, je résolus d'attendre. Mais, ce matin, l'état étant absolument égal à celui d'hier soir, il me fallut bien terminer l'accouchement. N'étant pas tout à fait sûr de la mort de l'enfant, je préfèrai l'application du forceps à la perforation du crâne, espérant de pouvoir faire passer la tête le long de la tumeur assez molle, que je crus être la partie inférieure d'un kyste dont la partie supérieure, la plus grande, se trouvait au-dessus du détroit supérieur. L'application du forceps fut difficile, mais elle me réussit. Les premières tractions ne firent avancer la tête que très peu, mais petit à petit la tête commença à descendre. En même temps la tumeur proémina de plus en plus, et elle se plaça entre les cuillers du forceps, sans qu'il me fût possible de la réduire. Je continue à tirer avec précaution lorsque tout à coup la tumeur sort de la vulve et roule par terre. La sortie de la tumeur s'est faite tellement vite que je n'ai pu voir de quelle manière elle s'est effectuée. La tumeur partie, l'extraction de l'enfant mort ne présenta plus de difficultés. »

La tumeur que je reçus de M. Stolp avec cette lettre était bien un kyste dermoïde assez flasque, dont le contenu pesait environ 650 grammes. A sa surface extérieure il porte un reste déchiré du ligament large.

A ma lettre demandant des nouvelles de l'accouchée et aussi s'informant de la déchirure vaginale que je croyais devoir s'être faite, M. Stolp me répondit que la malade allait assez bien, qu'elle avait eu un peu de fièvre et qu'il avait trouvé une déchirure du cul-de-sac vaginal postérieur, se recourbant du côté droit vers le col. De ce même côté il s'était formé une infiltration du ligament large.

Le 13 mars, j'ai eu l'occasion d'aller voir moi-même la malade, presque entièrement remise des suites de son accouchement anormal. Je lui trouvai une fente, oblitérée par des granulations, à direction transversale et située dans le cul-de-sac postérieur à un travers de doigt du col. Dans le cul-de-sac de Douglas, je sentis une résistance peu douloureuse, se propageant vers le côté droit et qui me sembla être produite plutôt par un épanchement de sang que par une infiltration inflammatoire. La guérison s'est maintenue depuis lors.

Voilà mon observation ; elle est en tous points analogue à celle de Haerting, publiée par Lomer et rapportée dans la thèse de M. Remy.

Je n'y ajouterai que quelques mots pour exprimer mon opinion sur la conduite à tenir dans des cas semblables.

Il me semble que, n'importe les conditions dans lesquelles l'on se trouve, la première chose à faire dans un cas pareil est d'essayer le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Nul doute que dans la plupart des cas cette manœuvre, faite sous chloroforme si besoin en est, réussira et dans le cas de M. Stolp en particulier, où le kyste était si mobile, il aurait réussi.

Mais si la réduction de la tumeur ne réussit pas, je crois qu'il importe de faire une distinction pour la conduite à tenir selon qu'on opère dans une clinique bien aménagée ou bien dans les conditions plus ou moins défectueuses de la clientèle privée.

Dans un service hospitalier, la colpotomie postérieure et l'ablation de la tumeur, suivie de la suture exacte de la plaie vaginale, me paraît être la seule méthode vraiment recommandable sous tous les points de vue.

Mais le cas est tout autre dès qu'il s'agit de terminer l'accouchement dans une maison particulière, sans assistance suffisante et peut-être même sans que l'accoucheur ait au degré nécessaire l'habitude de ces sortes d'opérations. Dans ces conditions je con-

seillerais la ponction de la tumeur par le vagin. Moyen défectueux pour le traitement d'un kyste de l'ovaire, j'en suis parfaitement convaincu, mais pourtant je crois que c'est encore la méthode qui offre le moins de dangers tant pour la mère que pour l'enfant.

Dans les deux cas, après que le kyste a été soit enlevé, soit simplement vidé, il faudra faire l'opération obstétricale indiquée, et généralement ce sera une application de forceps qui répondra le mieux à l'indication de terminer l'accouchement dans ces circonstances.

Discussion :

M. FOURNEL. — Je crois, en effet, qu'en pareil cas, il faut toujours intervenir sur la tumeur ; M. Treub nous propose de la refouler, j'admets cette manière de procéder à condition que cette rétropulsion soit faite avec les plus grandes précautions et sans insister pour ne pas rompre une tumeur dont on ne connaît pas le contenu. Il nous propose encore la ponction, mais voulez-vous bien nous dire ce que la ponction eût donné dans ce cas où il s'agissait d'un kyste dermoïde.

La ponction n'a d'utilité, tant pour le diagnostic que pour la thérapeutique, que si la tumeur ponctionnée se trouve être un kyste liquide. La ponction est nulle à tous points de vue si la tumeur ponctionnée est une tumeur solide, car la ponction ne peut servir alors ni à indiquer s'il s'agit d'un fibrome, d'un kyste dermoïde ou de toute autre production solide, ni à réduire le volume de cette tumeur.

M. PORAK. — Ce qui domine tout, en pareil cas, c'est la question du diagnostic. J'ai en ce moment à la Maternité une femme qui est en travail depuis hier soir. La tête est élevée, elle surplombe le pubis et le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur si molle qu'au premier abord on pense à une tumeur liquide. Je crois, moi, que c'est un fibrome ramolli, précisément à cause de la mollesse de la masse. Une tumeur liquide comprimée par la tête serait plus dure. J'ai résolu d'attendre, car le corps fibreux peut se réduire spontanément et j'avoue que je compte beaucoup sur cette possibilité tout en étant

prêt à faire l'opération césarienne si je vois que la réduction ne s'opère pas (1).

M. DOLÉRIS. — Il y a quelque temps, un médecin de province m'écrivait pour me demander ce qu'il fallait faire en présence du cas suivant : Une de ses clientes, enceinte, présentait dans le cul-de-sac postérieur une tumeur volumineuse qui empêchait la tête de s'engager. Sur ces entrefaites, le travail se déclara ; la tête était toujours au détroit supérieur ; on fait une application de forceps qui amène la tête dans l'excavation pendant que la tumeur, descendant devant la partie fœtale, bombe au niveau de l'anus, distend l'orifice anal et finalement sort par cet orifice, reliée encore aux parties profondes par un long pédicule qui fut sectionné. L'enfant sortit à son tour par l'orifice vaginal et la femme guérit. L'examen de la tumeur montra qu'on avait eu affaire à un kyste dermoïde qui avait dédoublé la cloison recto-vaginale pendant la grossesse et que les tractions du forceps avaient fait passer dans le rectum à travers une déchirure de cet organe. Il est certain que, dans ce cas, la réduction dont parle M. Treub eût été presque impossible à obtenir, car ces tumeurs, très molles, remontent difficilement et qu'il aurait fallu faire la colpotomie postérieure, opération de choix en pareille occasion.

M. LOVIOT. — Dans le cas de M. Treub l'enfant était mort ; il eût donc mieux valu faire une craniotomie.

M. LABUSQUIÈRE. — Dans les cas douteux, quel inconvénient y aurait-il à ponctionner. On saurait du moins si on se trouve en présence d'une tumeur solide ou d'une tumeur liquide.

M. G. DURANTE : **Un cas de lésion congénitale systématisée des faisceaux de Goll.**

L'observation suivante que nous avons recueillie dans le service du Dr Porak, nous a paru mériter d'être publiée, par l'intérêt

(1) Le corps fibreux s'est, en effet, réduit spontanément. Le lendemain on a pu apprécier son volume par le toucher vaginal et le palper abdominal. Cette tumeur était considérable, on pouvait la comparer à une tête de fœtus à terme.

qu'elle présente au point de vue des affections congénitales systématisées du système nerveux.

Voici, d'abord, ce que nous avons pu apprendre sur les parents de l'enfant.

Le père, garçon de café, ne paraît pas alcoolique, mais est sujet aux bronchites. Son *père*, encore vivant, laboureur, est bien portant, a eu 15 enfants dont il est le 5°. Sur ces 15 enfants, 5 sont actuellement vivants et en bonne santé ; les 10 autres sont morts en bas âge.

La *mère* est, comme son mari, issue d'une nombreuse famille de 11 enfants du même père et de la même mère. Son père, âgé de 65 ans, ancien marin, vit encore. Sa mère, mariée à 19 ans, est morte à 42 ans, sans avoir eu de fausses couches, ayant mené toutes ses grossesses à terme. Sur ces 11 enfants, 3 seulement sont actuellement vivants ; l'un est mort de méningite à 18 mois, un autre de convulsions en 3 heures, un troisième paraît avoir succombé à une affection du système nerveux à l'âge de 9 ans, car on a pris son cerveau après la mort ; les derniers, enfin, sont morts avant 10 ans à la suite de maladies indéterminées.

La mère de notre petit malade avait eu deux grossesses antérieures. Son premier enfant est mort de méningite à l'âge de 6 1/2 mois. Dans les premiers jours de 1897 elle accouchait d'un second enfant de 6 mois ayant les deux pieds bots et mort déjà depuis 8 jours. Enfin, en décembre 1897, après une dernière grossesse normale, n'ayant présenté comme irrégularité que de l'hydramnios, elle mettait au monde un enfant de 8 1/2 à 9 mois, pesant 2100 gr., de 45 centim. de long, qui meurt après quelques inspirations. Le placenta, examiné, n'offrait rien de pathologique à l'œil nu, mais l'enfant, à sa naissance, avait du pemphigus aux pieds et aux mains. En présence de ces accidents cutanés du fœtus, la malade fut, dans le service, considérée comme syphilitique, d'autant plus que l'on avait retrouvé dans ses antécédents une céphalée et des maux de gorge remontant à 3 ans.

Mais, l'ayant interrogée à nouveau, elle nous a dit que ces accidents s'étaient montrés pendant une attaque d'influenza, qu'ils n'avaient pas même duré une semaine, enfin, que la céphalalgie ne présentait aucune prédominance nocturne. Il nous paraît difficile, d'après ces renseignements, de voir ici des signes certains de spécificité.

L'autopsie de l'enfant a montré des lésions suivantes :

Les *poumons* remplissent complètement la cavité pleurale et ne s'affaissent pas après l'ouverture de la cage thoracique. D'un rouge jaunâtre, un peu plus foncé dans les lobes inférieurs, ils sont très lourds et présentent, à la coupe, la consistance du tissu hépatique. Sur la surface de section, le parenchyme paraît grenu, lardacé, d'une couleur générale rougeâtre, semé d'îlots jaunâtres au centre et à la périphérie desquels les vaisseaux sont dilatés. Il n'y a pas de points hémorragiques, ni d'atélectasie. Le poids des poumons est de 37 gr. pour le gauche et de 47 gr. pour le droit.

Les *plèvres* sont normales.

Le *cœur* ne présente rien de particulier à signaler.

Le *foie*, volumineux, de couleur acajou, pèse 180 gr ; le *thymus*, 6,50 gr. ; la *rate*, 19 gr.

Les *reins* sont jaunes et ont un poids de 8,50 gr. pour le gauche et 8 gr. pour le droit ; les *capsules surrénales* pèsent respectivement 4,50 grammes chacune.

Sur la calotte crânienne on constate, dans l'épaisseur du périoste, un véritable semis de petites ecchymoses.

Le *cerveau* paraît normal dans toutes les parties à l'œil nu, tant au point de vue du développement des circonvolutions, qu'au point de vue de leur couleur et de leur consistance. La surface inférieure des deux lobes occipitaux est tapissée de caillots récents, ainsi que les fosses cérébelleuses. Cette hémorragie semble provenir des vaisseaux cérébelleux et pédonculaires.

Les *pédoncules cérébraux* ainsi que le *cervelet* sont sains extérieurement et à la coupe.

La *protubérance annulaire* paraît normale au premier abord, mais sur les sections transversales pratiquées au niveau de son bord inférieur, la surface de la coupe apparaît comme formée de deux zones bien distinctes, la moitié antérieure ayant sa couleur normale gris-rose translucide, tandis que la moitié postérieure tranche sur la précédente par sa couleur d'un blanc-jaune mat et opaque. La séparation entre les deux zones est très nette et divise la coupe à peu près en deux portions égales.

Bulbe et moelle. A partir du bord inférieur de la protubérance, jusqu'à la région dorsale inférieure, la moelle présente extérieurement une longue traînée d'un blanc-jaune mat tranchant sur

la couleur rosée du reste de l'axe médullaire. Cette trainée intéresse dans le bulbe les pyramides postérieures ; dans la moelle elle suit exactement les cordons postérieurs auxquels elle est strictement limitée. Plus large dans la région cervicale, s'atténuant peu à peu en descendant, elle se termine en pointe affilée dans la région dorsale inférieure en dessinant absolument le trajet des cordons de Goll.

Sur des coupes transversales, on retrouve de chaque côté du sillon postérieur cette même coloration jaune mat, tandis que les autres faisceaux sont d'un gris-rosé translucide physiologique.

Les méninges et les racines semblent normales dans toute la hauteur.

La moelle et le mésencéphale ont été durcis dans le liquide de Müller, à l'exception de quelques fragments de toutes les régions, mis directement dans l'alcool pour étudier par la méthode de Nissl l'état des cellules nerveuses.

Les coupes pratiquées au niveau du bord inférieur de la protubérance et dans le bulbe, donnent les résultats suivants :

Les pédoncules cérébelleux moyens et les fibres arciformes externes, surtout dans leur région antérieure, sont bien développés. Plus profondément les fibres arciformes internes et l'entre-croisement sensitif présentant des fibres fortement myélinisées. Les faisceaux pyramidaux sont encore complètement dépourvus de tubes nerveux. En dehors, les faisceaux olivaires sont bien marqués ; mais, dans l'intérieur même des olives, le Pal ne montre pas la plus petite fibrille noire ; il en est de même dans la substance grise centrale du bulbe. Dans la moitié postérieure des coupes, les fibres nerveuses verticales sont rares, les horizontales un peu plus fréquentes, mais les différents faisceaux sont encore mal marqués. Par le picro-carmin, le Nissl et la Safranine, on retrouve les cellules nerveuses des différents noyaux ; mais, généralement petites, elles présentent peu de prolongements et sont peu chargées de chromatine. En outre, dans la moitié postérieure des coupes, la substance interstitielle qui sépare soit les cellules, soit les cylindres axes, forme un réseau beaucoup plus dense, plus serré que dans la région motrice, en sorte que cette portion de la coupe est, par le picro-carmin, colorée en un rouge sensiblement plus foncé que sa moitié antérieure.

Les coupes de la moelle montrent des lésions plus nettement systématisées.

Dans la région *cervicale*, les faisceaux pyramidaux croisés n'étant pas encore développés, restent blancs par le Pal. Leurs tubes nerveux n'ayant pas encore leur gaine de myéline, on ne retrouve dans leur aire que de très rares fibres commissurales. Dans les cordons antérieurs, on ne distingue que d'un seul côté le faisceau de Turck encore incomplètement développé. De l'autre côté toutes les fibres sont également colorées. Il est probable que, chez cet enfant, le faisceau pyramidal direct n'existait que d'un seul côté, ce qui ne saurait surprendre, aujourd'hui que l'on connaît la grande variabilité qu'affectent les voies motrices cérébro-spinales.

Dans les cordons postérieurs, les *faisceaux de Goll* se colorent très incomplètement par le Pal. Ces faisceaux, normalement constitués par des tubes nerveux à gaine de myéline plus mince, prennent toujours une teinte un peu moins foncée que les faisceaux de Burdach, et ceci particulièrement chez les enfants et chez le fœtus à terme ; mais ici la différence est beaucoup plus considérable que d'habitude, et ces faisceaux frappent déjà à l'examen de la coupe à l'œil nu par leur pauvreté en tubes complets.

A ce niveau, un certain nombre de fibres assez grêles prennent la coloration, mais il manque, par le Pal, au moins la moitié des tubes nerveux.

La topographie de cette zone claire varie suivant la hauteur où on l'examine. Dans les régions *cervicales supérieure* et *moyenne*, elle intéresse tout le faisceau de Goll. De forme triangulaire à base postérieure, elle présente, au niveau de son tiers antérieur, un étranglement léger et arrive, en s'arrondissant en avant, jusque près de la commissure, mais sans, toutefois, l'atteindre. La lésion est beaucoup plus accentuée dans sa moitié postérieure que dans sa moitié antérieure.

Dans la région *cervicale inférieure*, elle présente une base postérieure aussi large que plus haut, mais se termine en pointe effilée à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du sillon médian postérieur.

Dans la région *dorsale supérieure*, sa base s'est rétrécie et n'intéresse la surface de la moelle que dans une petite zone de chaque côté du sillon médian. Se terminant en pointe à l'union des

tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de ce sillon, elle s'élargit à sa partie moyenne, prenant ainsi une forme plutôt ovulaire. A son centre, le long du sillon, existe un faisceau de fibres normales, correspondant environ au centre ovale de Flechsig. Il en résulte que la zone décolorée affecte, ici, la forme irrégulière d'un O aplati sur le bord postérieur et dont le centre serait rempli de fibres normales. L'altération est ici moins forte que plus haut, mais assez égale dans tous ses points.

Dans la région dorsale *inférieure*, la dégénérescence n'intéresse plus qu'un petit triangle à base postérieure situé à cheval sur le quart postérieur du sillon médian.

Enfin, la région *lombaire* paraît être normale. Signalons, cependant, à la partie moyenne du sillon médian, un petit espace ovulaire moins coloré ; mais ce point est si restreint que nous ne saurions affirmer qu'il s'agit, ici, d'un état pathologique.

Sur toute la hauteur de la moelle, les *faisceaux de Burdache* sont bien développés, et les zones radiculaires, en particulier, sont constituées par de grosses fibres complètes qui se colorent vivement par le Pal.

Sauf le faisceau de *Gowers*, qui reste pâle dans la région cervicale supérieure seulement, tous les autres faisceaux de la moelle sont entièrement développés, et en particulier les faisceaux cérébelleux directs qui, cependant, sont dans les derniers à se garnir de myéline.

Les coupes examinées au picro-carmin, à l'hématoxiline, à la fuchsine, montrent, dans les cordons de Goll un plus grand nombre de cylindres axes qu'il n'y a de fibres colorées par le Pal, mais le tissu conjonctif est notablement plus abondant que dans les faisceaux de Burdache voisins, en sorte que la zone décolorée par le Pal, prend, au contraire, ici, une teinte un peu plus foncée que les voisines.

En outre, les cylindres axes, enserrés dans cet épais tissu interstitiel, se colorent moins bien, moins distinctement, paraissent, à la fois, plus volumineux, plus flous, moins réfringents que dans les autres portions de la coupe.

Les *racines*, antérieures et postérieures et les méninges, sont saines du haut en bas de la moelle.

Les coupes des différentes régions examinées par la méthode de Nissl, montrent que partout les cellules, tant des cornes anté-

rieures que des cornes postérieures sont normales, bien colorées, chargées de chromatine jusque dans leurs prolongements que l'on peut suivre assez loin.

Les vaisseaux sont sains, n'offrent, en aucun point, ni endo, ni périartérite. Toutefois ils sont un peu dilatés dans les régions dorsales inférieure et lombaire.

En résumé, nous nous trouvons, ici, en présence d'une *lésion congénitale systématisée aux cordons de Goll*. Quelle interprétation convient-il de donner à ces constatations ? Serait-ce, peut-être, d'un état normal chez un enfant né un peu avant terme ; s'agirait-il d'un simple arrêt de développement limité à ces cordons, ou nous trouvons-nous en présence d'un état pathologique ?

Ce que nous savons sur l'évolution des centres nerveux ne nous permet pas d'admettre la première hypothèse. Les recherches de Flechsig, confirmées par des travaux ultérieurs, nous ont appris que la gaine de myéline apparaît dans les différents faisceaux de la moelle dans l'ordre suivant :

A 5 mois dans les fibres radiaculaires, dans les faisceaux fondamentaux antérieurs et latéraux et dans les faisceaux de Burdach.

A 6 mois dans les *faisceaux de Goll*.

A 6 mois 1/2 dans les faisceaux cérébelleux, puis dans les faisceaux de Gowers.

La naissance dans les faisceaux pyramidaux.

Ainsi, à la croissance, tous les faisceaux sont myélinisés, sauf les voies motrices et, parfois, les faisceaux de Gowers.

Les cordons de Goll se développent relativement de bonne heure et, en tout cas, avant les faisceaux cérébelleux.

Or, dans notre cas, les faisceaux cérébelleux sont normalement développés, tandis que les faisceaux de Goll le sont incomplètement. Cette seule anomalie dans l'ordre d'évolution, nous permet de dire, croyons-nous, qu'il ne s'agit pas, ici, d'un enfant avant terme, ni même d'un retard dans le développement général du système nerveux, mais bien d'une altération systématisée des faisceaux de Goll. La comparaison avec une moelle normale presque à terme rend encore ce fait plus évident.

L'examen microscopique nous a permis, du reste, de constater, à ce niveau, les altérations que nous avons décrites plus haut.

L'aspect macroscopique devait déjà faire songer à une modifi-

cation pathologique, car la couleur jaune mat que présentaient ces cordons de Goll à l'œil nu, ne se rencontrait ni dans les cordons antérieurs complètement développés, ni dans les cordons latéraux où les fibres pyramidales n'existaient pas encore. Cette coloration ne dépendait donc pas plus de l'absence que de la présence de la gaine de myéline autour des tubes nerveux, et devait relever d'une autre cause. Histologiquement, les lésions des faisceaux de Goll, quoique relativement légères, existent. Elles consistent surtout en une augmentation du tissu interstitiel, plus dense à ce niveau, plus opaque, enfermant, dans une gangue colorée en rouge par le picro-carmin, des cylindres axes prenant mal les matières colorantes, plus flous, et n'ayant pas la réfringence, la netteté de contour habituelle.

Nous ne croyons donc pas qu'il s'agisse, ici, d'un simple retard dans le développement d'un faisceau médullaire, mais bien d'un véritable état pathologique de ce faisceau, ayant entraîné son arrêt de développement.

Quant à l'étiologie de cette lésion, elle demeure indécise. — Si la syphilis peut être incriminée, étant donné le pemphigus observé à la naissance, nous n'avons, par contre, rien pu relever de probant chez les parents sous ce rapport. — On pourrait également penser à la tuberculose, le père étant sujet aux bronchites et la mère ayant une sœur et un premier enfant morts de méningite. — Mais les renseignements que nous avons pu obtenir sont trop incomplets pour permettre d'élucider cette question.

Enfin, on a soutenu que les familles très nombreuses étaient, plus que d'autres, prédisposées aux accidents du côté du système nerveux. Le père ayant eu 14 frères et sœurs et la mère 10, cette observation semblerait plutôt confirmer cette hypothèse, d'autant plus que, dans la famille de la mère, au moins 3 frères et sœurs ont succombé à des affections intéressant le système nerveux et qu'elle-même avait déjà eu 2 enfants dont l'un avait été emporté par une méningite, tandis que le second présentait deux pieds bots à sa naissance.

Tels sont les faits que nous tenions à relever dans cette observation. Elle nous a paru d'autant plus intéressante à publier, qu'un certain nombre d'auteurs tendent aujourd'hui à rechercher, dans le développement défectueux ou dans un état pathologique apparu au cours de la vie intra-utérine, la cause d'un cer-

tain nombre d'affections systématisées évoluant soit chez l'enfant, soit chez l'adolescent, soit même chez l'adulte. Sans parler ici des diverses variétés de maladies de Little, et en nous tenant aux seules affections des voies sensitives, on a soutenu cette théorie pour la maladie de Friedreich, pour l'ataxie cérébelleuse, on a même été jusqu'à la soutenir récemment pour le tabes.

Nous ne voudrions pas en conclure que cet enfant, s'il avait vécu, aurait évolué dans le sens d'une de ces affections, mais il était intéressant d'apporter ce fait de lésion congénitale surprise dans les premières phases de son développement, intéressant uniquement les cordons de Goll et présentant une systématisation presque aussi parfaite qu'un dessin schématique.

M. J. MASBRENIER : Anévrysme entre l'aorte et l'artère pulmonaire consécutif à une endocardite infectieuse résultant d'un avortement.

La malade 27 ans, domestique, entrée à la Maternité, Salle Levret, n° 6, dans le service de M. Porak a été réglée régulièrement à partir de 15 ans. Elle n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment elle eut une atteinte de rhumatisme articulaire et ne fut complètement guérie qu'au bout de 6 mois.

A 25 ans, première grossesse ne présentant aucune particularité digne d'intérêt; l'enfant meurt à l'âge de 2 ans d'une affection de nature indéterminée. Les règles de la malade cessent à la première quinzaine de septembre. Dans le courant d'octobre la malade présente à plusieurs reprises des métrorrhagies qu'un médecin attribue à des fatigues excessives. En novembre survient une nouvelle perte de sang qui dure une journée.

Le 26 décembre la malade est prise de douleurs articulaires qui cèdent à un traitement général et local.

Le 17 février, la malade ressentant des douleurs lombaires vient à la consultation de la Maternité, et deux jours après elle prend une voiture pour y retourner, se sentant prise de douleurs. Mais l'avortement se fait en fiacre pendant le trajet. Le fœtus, du poids de 1050 grammes, exécute seulement quelques mouvements d'inspiration.

La température de la malade à son entrée à la Maternité est de 38°2.

- Les quatre jours suivants la température vespérale dépasse 37, malgré les lavages intra-utérins. Le 6^e jour, le thermomètre monte à 39,5 et on pratique un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Les jours suivants la température s'abaisse le matin à 37 pour remonter le soir à 39 et au-dessus. La malade se plaint de douleurs au niveau de la région précordiale.

Le 19^e jour l'auscultation révèle la présence d'un double souffle qui s'entend dans toute la région précordiale, mais qui a son maximum à la partie interne du 3^e espace intercostal gauche. Il n'y a pas de congestion pulmonaire, le foie n'est pas hypertrophié.

21^e jour. La température monte à 39,9; le pouls est à 100 et reste régulier.

L'utérus a diminué de volume et le col s'est refermé.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39. Le pouls ne dépasse pas 90.

Le 21 mars, c'est-à-dire le 28^e jour après l'avortement, l'état de la malade s'aggrave. La dyspnée est excessive, les lèvres et les extrémités sont cyanosées. La malade meurt à 10 h. du matin.

Autopsie. CŒUR. — Dans le péricarde on trouve un verre environ de liquide citrin. Le feuillet viscéral du péricarde présente un aspect dépoli. Le cœur volumineux présente une teinte légèrement feuille morte.

L'orifice mitral admet un doigt seulement, les valves sont épaissies, mais il n'y a pas trace de lésions récentes.

Le cœur droit ne présente rien d'anormal.

Les sigmoïdes aortiques sont épaissies, mais sans végétations, ni ulcérations.

Au-dessus de la sigmoïde interne on trouve un point ulcéré qu'un tractus sépare d'une large ulcération à bords bien découpés et fermes, mais amincis à la partie inférieure.

Cette ulcération est incomplètement fermée par des caillots rougeâtres; en outre, un caillot d'aspect fibrineux occupe la partie inférieure de l'ulcération. Par celle-ci on peut introduire deux doigts dans une poche du volume d'une grosse noix siégeant entre l'aorte et l'artère pulmonaire. La paroi de cette poche est lisse dans sa plus grande partie, tapissée de fibrine en quelques points.

Les *poumons* ne présentent qu'un léger degré d'œdème.

La *rate* est volumineuse.

Le *foie* présente un peu à la coupe l'aspect du foie cardiaque bien que son poids soit presque normal (1510).

Les *reins* sont pâles ; la capsule est très légèrement adhérente.

Péritoine. Sur le foie, la rate et l'ovaire gauche existent quelques fausses membranes fibrineuses ; à part cela, pas de péritonite.

L'intestin est normal.

Utérus. Peu volumineux. On trouve cependant au fond de sa cavité un amas jaune friable du volume d'un gros pois. Cet amas adhérent à la face postérieure semble constitué par des débris placentaires.

M. GEORGHIU : Un cas de monstre double (Sternopage), observé à la Maternité dans le service de M. Porak.

La nommée C. . . , âgée de 27 ans, secondipare, conduite à Sainte-Anne, il y a deux ans, pour des manifestations d'alcoolisme, est amenée à la Maternité le 30 mars 1898.

Elle a eu une première grossesse, terminée à 7 mois par la naissance d'un enfant mort.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ignorées, pas d'accidents pendant la grossesse.

Il y a 8 mois, elle avait quitté l'asile pour quelques semaines.

Le 30 mars 1898, à 6 heures du matin, elle entre dans le service d'accouchements, à la Maternité, étant en travail, une dilatation de 9 c. m., sommet en droite postérieure.

A 7 heures du matin, la dilatation est complète, elle pousse jusqu'à 10 heures 40, mais la tête ne progresse pas. On nous demande pour une application de forceps.

Applications de forceps. — Dégagement de la tête, rotation externe, mais impossibilité de dégager le tronc, nous dégageons le bras antérieur, ensuite le postérieur et à notre grande surprise nous dégageons un troisième, qui conduit presque au même tronc. Nous faisons le diagnostic de monstre.

Enfin nous dégageons le siège et nous terminons par l'extraction d'un second fœtus, par le siège.

Les enfants, deux filles, constituent un monstre double du poids de 4050 grammes. Le placenta unique, pesant 670 grammes, cordon unique long de 30 c. m.

La parturiente, quitte le service le cinquième jour, elle retourne à l'asile Sainte-Anne. Aucune trace de syphilis chez elle.

Examen du monstre. — Les deux filles du volume des nouveau-nés de 8 mois sont réunies par les 2/3 inférieurs de la région sternale et toute la partie sus-ombilicale de la paroi abdominale antérieure, — c'est un *sternopage*.

Au niveau de l'insertion abdominale du cordon ombilical, il y a une exomphalie du volume d'une mandarine.

Un des fœtus paraît plus gros que l'autre, c'est le premier sorti, donc : premier et gros fœtus ça sera le même, de même que deuxième et petit fœtus.

Dissection. — Le cordon ombilical contient six vaisseaux.

L'ouverture du monstre nous indique la disposition suivante des organes :

Dans la cavité abdominale, deux veines ombilicales se dirigent du cordon vers le foie, donnant naissance à la formation d'un repli falciforme, occupant la ligne de séparation des fœtus (ouverture faite au niveau du plan latéral gauche par rapport au premier fœtus). Le foie est de forme triangulaire et unique, il y a deux vésicules biliaires. — La masse intestinale est représentée par des anses de l'intestin grêle et du gros intestin, donc de dimensions différentes, mais au voisinage de l'ombilic ces anses s'anastomosent donnant naissance à la formation d'une poche intestinale qui adhère à la paroi de l'exomphalie. — Dans le flanc gauche du premier enfant on voit l'estomac, plus en arrière, une rate légèrement augmentée de volume, un peu plus loin on sent le rein gauche. — Le rein droit du deuxième fœtus volumineux est situé normalement. — L'estomac du deuxième fœtus occupe son plan gauche, et il est caché en grande partie par le foie, — plus en arrière on voit sa rate, un peu plus bas son rein gauche. — Dans le flanc droit du premier (gros) fœtus il y a son rein droit augmenté de volume.

Il y a deux utérus avec leurs annexes deux vessies, etc.

Dans les cavités thoraciques, ouvertes par la section de l'anastomose des cartilages costaux, il y a quatre cavités pleurales distinctes ; une pour chaque poumon ; mais les cavités pleurales appartenant à un fœtus sont séparées de celles de l'autre par une grande et unique cavité péri-cardique, — contenant le cœur, — qui est unique de même.

Le cœur est dirigé comme s'il appartenait au premier (gros) fœtus, c'est-à-dire la pointe (unique) dirigée vers le plan gauche de ce fœtus, tandis que la base qui paraît divisée est dirigée vers son plan droit.

En effet, les deux bases, d'où partent et en arrivent tous les vaisseaux, sont séparées par un sillon marqué par l'angle cartilagineux, saillant de séparation des deux fœtus. Couché sur le diaphragme et de forme triangulaire, il a deux faces : une supérieure, l'autre inférieure. Les ventricules, au nombre de trois, dont deux latéraux rudimentaires et un moyen énorme. — Les trois ventricules communiquent entre eux au niveau de la base, et avec les deux aortes et deux artères pulmonaires, celles-ci rudimentaires.

Les ventricules communiquent par deux orifices auriculo-ventriculaires avec deux oreillettes séparées par une cloison transversale légèrement oblique. Aux oreillettes arrivent les veines caves et les veines pulmonaires ; chaque oreillette a deux veines caves et plusieurs veines pulmonaires.

Enfin les deux orifices auriculo-ventriculaires sont séparés du côté du ventricule moyen par un éperon musculaire, reste d'une cloison interventriculaire.

Discussion :

M. PORAK. — Les monstres doubles sont très rares. C'est le second que j'observe, le premier étant un janiceps. Dans ces derniers temps l'attention a été attirée d'une façon très particulière sur les grossesses univitellines. J'ai antérieurement eu l'occasion de confirmer les idées que Schatz a soutenues sur le conflit circulatoire qui est la conséquence des communications vasculaires existant dans ces cas entre les vaisseaux du placenta.

J'ai donc engagé M. Durante d'injecter le placenta unique de ce monstre sternopage qui vient de se présenter à notre observation à la Maternité. L'injection a été faite dans les deux veines et elle n'a pas reflué par les artères. On ne voyait aucune communication des gros vaisseaux. La cire rouge d'un côté, la cire bleue de l'autre côté, semblent avoir délimité deux placentas bien séparés.

Mais les artères n'ont pas été injectées et des fuites se sont produites pendant l'injection des veines. On ne peut donc pas affirmer absolument que les circulations des deux placentas sont certainement bien individualisées et sans anastomoses.

Ce serait un fait bien paradoxal, puisque nous admettons aujourd'hui que les communications vasculaires des placentas impliquent la nature univitelline de la grossesse gémellaire.

Dans la genèse des monstruosité doubles, on admet deux théories : celle de la fusion de deux taches germinatives, celle de la division d'une seule tache germinative.

La fusion inégale des taches, le partage mal proportionné des circulations placentaires communicantes expliqueraient comment l'un des fœtus moins développé serait absorbé par l'autre et en deviendrait le parasite. Je rappelle que dans la monstruosité que nous présentons aujourd'hui l'un des individus est un peu plus petit que l'autre.

De ce que les monstruosité doubles sont séparées suivant l'axe de la tache germinative, de ce que la fusion de leur appareil circulatoire se produit à des degrés plus ou moins intimes, il semble que la monstruosité se produit par une division de la tache germinative. L'existence des monstres appliqués l'un à l'autre par leurs extrémités (eusomphaliens, monomphaliens) plaiderait pour la fusion ultérieure de deux taches germinatives primitivement séparées. Mais ces monstruosité appartiennent en tout cas aux plus grandes raretés.

Il existe dans le musée de la Maternité un monstre double, sternopage, de la même apparence extérieure que notre monstre.

Au point de vue anatomique, le cordon ombilical en apparence unique résulte en réalité de la fusion de deux cordons séparés. Il contient en effet deux veines et quatre artères.

L'apparence du foie est la même que pour notre monstre c'est-à-dire une même masse hépatique, deux vésicules biliaires, deux canaux veineux, deux veines caves inférieures. Mais les cœurs, quoiqu'unis en une seule masse, sont séparés, et chacun d'eux présente deux ventricules et deux oreillettes séparés comme à l'état normal. Les circulations sont donc bien indépendantes et le monstre aurait pu vivre.

Pour le sternopage qui vous est présenté aujourd'hui, le mélange du sang des veines caves se faisait avec celui des vei-

nes pulmonaires, et de là était envoyé par le ventricule moyen dans les diverticules ventriculaires latéraux d'où il était renvoyé mélangé à droite et à gauche dans l'aorte et l'artère pulmonaire appartenant à chaque fœtus.

La légère différence de volume des deux fœtus dépend probablement d'une distribution inégale du sang, soit dans le placenta s'il y existait des anastomoses vasculaires qui nous ont échappé, soit dans le partage du sang par des aortes inégales.

M. HIVET : Rupture probablement traumatique de l'utérus au 3^e mois de la grossesse suivie de l'expulsion du fœtus et de ses annexes dans le ligament large gauche,

(Cas observé dans le service du Prof. Le Dentu.)

Le 22 mars, à 11 heures du soir, entré dans le service du Prof. Le Dentu, à l'hôpital Necker, salle Lenoir, une femme âgée de 41 ans, multipare, qui succombait une demi-heure après son arrivée. Le médecin qui l'envoyait avait formulé le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ; et ce diagnostic avait été fondé sur l'ensemble des symptômes suivants :

Absence de règles depuis 3 mois 1/2.

Douleurs très vives depuis le 19 mars.

Symptômes d'hémorrhagie interne grave le 21 mars au soir.

Présence dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche d'une collection liquide très volumineuse.

L'autopsie fut faite le 24 mars.

A l'ouverture de l'abdomen, on constata tout d'abord que les anses intestinales les plus déclives étaient recouvertes d'un exsudat fibrino-purulent et baignaient dans un liquide louche. Il y avait donc eu péritonite aiguë.

Tout le paquet intestinal étant ensuite récliné en haut ; on s'aperçut que les deux feuillets du ligament large gauche étaient séparés l'un de l'autre par une grosse collection liquide qui, en avant, avait fusé entre l'utérus et la vessie, en soulevant le cul-de-sac vésico-utérin, et qui, en arrière, remontait en suivant les vaisseaux utéro-ovariens jusque dans la région lombaire.

L'utérus était volumineux et débordait de trois bons travers de doigt la symphyse pubienne.

Quant aux annexes droites et gauches, elles étaient parfaitement saines.

On sectionna alors le bord externe du ligament large gauche, et on constata la présence dans son intérieur, au milieu des caillots sanguins qui constituaient la collection liquide d'un fœtus de 3 mois environ avec ses annexes.

On lava prudemment la poche après l'avoir vidée de son contenu ; et on s'aperçut qu'il existait une perforation de l'utérus faisant communiquer largement la poche avec la cavité utérine.

Cette perforation à peu près circulaire, à bords un peu déchiquetés, était grande comme une pièce de 5 fr., et siégeait à la fois sur les faces antérieure et latérale gauche de la portion sus-vaginale du col.

Le vagin était intact.

L'orifice externe du col était entr'ouvert.

Une incision médiane sur la face postérieure de l'utérus ne nous révéla aucune lésion autre que la perforation, mais nous permit de constater que le placenta avait été inséré primitivement sur la face antérieure du corps utérin.

Il s'agit maintenant d'expliquer la perforation. Il n'est pas possible de songer ici à une rupture consécutive à une altération organique quelconque des parois utérines, puisque ces parois étaient absolument saines.

La malade n'ayant subi aucun choc, il n'est pas non plus possible d'invoquer comme cause de rupture un traumatisme extérieur.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'hypothèse d'une rupture spontanée, car nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun exemple de rupture utérine spontanée au début de la grossesse.

Reste une dernière hypothèse : celle d'une perforation consécutive à un traumatisme intra-utérin. C'est assurément l'hypothèse la plus vraisemblable. Il est très probable, vu l'absence de lésions autres que la perforation, que celle-ci a été produite par une tige rigide. L'orifice de rupture au début a donc dû être très étroit ; il s'est ensuite sans doute agrandi sous l'influence des contractions utérines au point de pouvoir livrer passage au fœtus et à ses annexes.

**M. HIVER. — 2^e Observation : Grossesse tubo-intersti-
tielle enlevée par la laparotomie. (Sera publiée.)**

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 12 mai 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Journaux habituels.

Communications : M. PETIT : Phlébite d'origine puerpérale, pied bot phlébitique. — M. DOLÉRIS : Hémorrhagies génitales graves chez les filles nouveau-nées. *Discussion* : MM. BAR, LOVIOT, CHARPENTIER, DOLÉRIS. — M. MERLE : Traitement hydro-minéral de l'aménorrhée et de la dysménorrhée.

Présentation de pièces : M. MASBRENIER. 1° Déformations de la tête fœtale et absence de ballotement céphalique dans un cas de présentation du siège avec oligo-amnios. *Discussion* : MM. BUDIN, PORAK ; — 2° Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un fœtus. — M. DOLÉRIS : 1° Grossesse extra-utérine opérée ; — 2° Prolapsus congénital de l'utérus avec hypertropie du col.

Présentation d'instrument : M. DUMAS (de Ledignan) : Ventouse mammaire.

TISSIER : Rapport sur la candidature de M. Manuel Barreiro (Mexico).

M. Paul PETIT : Phlébite d'origine puerpérale, pied bot phlébitique.

Le *pied bot accidentel, d'origine phlébitique*, doit être un accident très rare, si je m'en rapporte à une communication de M. Verneuil à l'Académie des sciences, le 31 mars 1890, la seule d'ailleurs dont j'ai connaissance à ce sujet.

Dans cette communication, après avoir énuméré les accidents locaux et généraux qu'il est habituel de rencontrer au cours de la phlébite, tels qu'œdème, suppuration, douleurs violentes, arthrites, varices, embolie, etc., M. Verneuil ajoute : « Il est une complication tardive dont je n'ai trouvé traces dans mes lectures, ni dans les entretiens que j'ai eus avec mes collègues chirurgiens »

giens et accoucheurs. Seul un de mes élèves les plus distingués et les plus instruits, M. le Dr Kirmission — je suis heureux de répéter ici ces paroles à l'adresse de notre vice-président, — a vu et traité même un cas de l'affection en question, sans avoir encore songé à le publier. — Il s'agit de difformités des pieds et des orteils qu'on peut rapporter à deux formes de pied bot : équin et varus équin, avec ce caractère particulier que, les orteils qui, dans les variétés congénitales sont peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici, rigides, immobiles, fléchis plus ou moins et parfois en forme de griffes, ce qui permet de reconnaître que les agents de la déviation du pied sont surtout les muscles de la couche profonde de la jambe : fléchisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et jambier postérieur plutôt que le triceps sural qui joue le rôle principal dans la production de l'équin et du varus équin vulgaires. Cette affection — continue M. Verneuil — à en juger par le silence des auteurs, est très rare et j'aurai été favorisé en en rencontrant, en moins de 3 ans, trois exemples auxquels il faut joindre le 4^e observé par M. Kirmission. En tout cas, sa rareté est peu en rapport avec la fréquence bien connue des phlébites traumatiques, variqueuses et d'origine utérine, ce qui indique clairement que certaines variétés de ces phlébites sont seules capables de la produire. »

J'ai tenu à rappeler, vu leur intérêt, ces propres paroles de M. Verneuil. Pour lui, en l'absence de consécration d'autopsie, la pathogénie, jusqu'à plus ample informée, doit se comprendre de la façon suivante : tant que les veines superficielles et profondes intermusculaires sont seules enflammées, les muscles séparés de ces veines par des aponévroses ou d'épaisses couches de tissu conjonctif, restent étrangers au processus. Mais les vaisseaux intramusculaires sont-ils intéressés qu'aussitôt la myosite se déclare. La myosite entraîne la contracture et à celle-ci succède la rétraction, facteur permanent de déviations et difformités consécutives.

Le pronostic serait assez sérieux au point de vue fonctionnel et semble dépendre, au moins en partie, du traitement employé. Sur les deux malades de Verneuil atteintes de phlébite puerpérale, l'une d'elle, traitée dans son service depuis 4 mois par une série d'appareils plâtrés ne marchait pas encore. Une autre, traitée, par le massage depuis trois ans, ne marchait pas davantage. Il n'est

pas donné de renseignements, à cet égard, sur un troisième malade, homme adulte, atteint de phlébite de la veine satellite à la suite de la ligature de la fémorale commune. La malade de M. Kirmisson, traitée par la section du tendon d'Achille, a guéri. Il semble donc que ce traitement soit le meilleur et doive être employé sans tarder, dès qu'on a constaté l'impuissance des appareils redresseurs, du massage et de l'électrisation des muscles antagonistes.

Ce succès de la ténotomie du tendon d'Achille ne semble pas répondre à la physiologie pathologique invoquée par Verneuil, à savoir l'action prépondérante des muscles profonds de la jambe.

Voici l'observation qui m'est personnelle :

Mme B. devient enceinte au bout de 4 mois de mariage. Leucorrhée au cours de la grossesse. Au quatrième mois menace de fausse couche qui la force à s'aliter. Le 28 septembre 1897, accouchement à terme, par une sage-femme. Expulsion du fœtus, 7 heures après la rupture de la poche des eaux. Délivrance normale. Quinze jours après, douleurs vagues dans le mollet gauche. Le lendemain ces douleurs prennent une grande acuité et gagnent, ainsi que l'enflure, la cheville, le genou, la cuisse du même côté. La température dépasse 40°. Quinze jours après, la jambe droite se prend : d'abord douleurs sourdes dans le mollet et le bas-ventre ; puis, deux jours après, douleurs extrêmement vives avec enflure et fièvre intense. Puis, très régulièrement au bout du même laps de temps, deux nouvelles crises, la première intéressant le membre inférieur gauche, le premier pris ; l'autre le membre inférieur droit. Ces deux crises, encore très violentes, sont suivies l'une et l'autre d'une déformation désormais permanente du pied correspondant, déformation qui ne semble pas avoir suffisamment attiré l'attention.

Trois mois après l'accouchement, la malade présentait un état général assez bon, n'avait plus de fièvre, ne ressentait plus, depuis sa dernière crise, qu'un peu d'engourdissement et de pesanteur dans les jambes. L'enflure était moindre au niveau des jambes, mais avait gagné de bas en haut, jusque sous les seins. Sur la hanche gauche, plusieurs fissures laissaient échapper un liquide albumineux. Le 15 mars, au matin, légers phénomènes d'embolie ; le soir phénomènes plus graves et de même nature : douleurs

vives à la région gastrique et entre les deux omoplates, sensation d'élouffement et nausées, un peu d'expuition rosée. Tout cela dure environ 1 heure.

Je vois pour la première fois le malade le 17 avril, 7 mois après l'accouchement. Je suis tout d'abord frappé de l'atrophie de la musculature des jambes contrastant avec l'enflure des cuisses, et de la déformation des deux pieds qui sont tous deux en varus équin avec orteils en griffe, ainsi que vous pouvez le constater sur ces photographies. — Cette déformation est absolument fixe et résiste à des tentatives méthodiques et soutenues de redressement manuel, sans chloroforme, qui déterminent seulement quelques craquements périarticulaires et ne laissent pas que d'être très pénibles. Après avoir enlevé une carapace épidermique extrêmement épaisse, j'ordonne l'application de compresses imbibées de solution aqueuse saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, sur toute la longueur des membres. Sous l'influence de ce traitement, préconisé, comme on sait, par M. Pinard, et qui m'a donné de très bons résultats dans des cas moins anciens : cuisson intense, douleurs sourdes dans les deux aines, maux de tête, T. remontant à 38°5, production de l'éruption caractéristique au bout de deux jours au lieu de cinq ou six. Toutes ces particularités m'ont paru explicables par une absorption plus intense que d'habitude due à la mise en contact de la solution avec une couche épidermique toute jeune : de cette absorption plus active de l'excitant vasculaire était probablement résultée la mise en mouvement des toxines tenues en réserve dans les veines.

Le 3^e jour on retire les compresses, on poudre à l'amidon et tout rentre dans l'ordre. L'effet secondaire de ce traitement m'a du reste paru assez bon, car la tension des tissus de la cuisse diminua sensiblement. Je n'ai pas cependant osé le renouveler et me suis borné, en attendant mieux, à ordonner la compression ouatée, un massage bien dirigé et limité aux pieds et aux jambes et enfin l'électrisation des muscles antagonistes. — Je compte dans trois ou quatre jours commencer l'application d'une série d'appareils plâtrés après une tentative de redressement sous le chloroforme, et si ce traitement ne semble pas suffisant, j'y joindrai la section du tendon d'Achille qui a si bien réussi à M. Kirmisson.

Si les cas avérés de pied bot phlébitique sont d'une grande rareté, peut-être, en y regardant de plus près, les trouvera-t-on plus souvent à l'état d'esquisse. Toute théorie à part, il semble qu'il faille tenir grand compte, dans la genèse de la lésion, de l'intensité de l'inflammation veineuse et de la mauvaise attitude du membre. Quant aux indications thérapeutiques, ainsi que le dit Verneuil, elles sont plus faciles à poser qu'à mettre en pratique, tant qu'il y a douleurs prononcées et danger d'embolie.

M. DOLÉRIS : **Hémorrhagies génitales graves chez les filles nouveau-nées.**

Les traités d'obstétrique et quelques-uns des ouvrages classiques relatifs aux maladies des enfants nouveau-nés ont signalé, depuis longtemps, soit à titre de simple anomalie physiologique, soit à titre de maladie réelle, les hémorrhagies qui apparaissent parfois chez la petite fille, du côté des organes génitaux, dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Je viens d'observer une véritable épidémie de ce genre dans mon service de l'hôpital Boucicaut. Il s'agit de cinq petites filles qui ont été, en même temps, affectées d'un écoulement sanguin par la vulve, avec apparition d'autres hémorrhagies en divers points de l'organisme, notamment l'ombilic, la peau, etc., état général grave, apyrétique et finalement terminaison fatale dans trois cas, peut-être même dans quatre cas sur les cinq observés.

Je veux dire que deux de ces enfants ont succombé dans le service et deux ont été emmenées par leur mère dans un état presque désespéré avec un affaiblissement extrême et perte considérable de poids. Après renseignements pris, nous apprenons que l'une est morte rapidement; le sort de l'autre nous est inconnu. Une seule des petites malades a guéri sous nos yeux.

Il n'est pas inutile de faire une rapide incursion dans le domaine bibliographique pour bien établir ensuite les faits et tenter de les interpréter.

Dans son article *Nouveau-né* du dictionnaire encyclopédique, Depaul est muet sur la question. Gardien, qui s'est étendu beaucoup, dans son livre, sur les maladies des petits enfants et des nourrissons, Cazeaux, Charpentier, Playfair, Budin, Auvar, etc.,

les anciens comme les modernes, ne fournissent aucun renseignement sur cette singulière anomalie.

Tarnier et Chantreuil, vol. I, p. 150, de leur grand ouvrage sur les accouchements, en parlant des cas de *menstruation précoce* ou *enfantine*, disent qu'il ne faut pas les confondre avec les petits écoulements sanguinolents et passagers qu'on observe assez souvent chez les petites filles quelques jours après leur naissance.

Cette confusion n'est guère possible, en effet, car la menstruation précoce s'entend d'enfants âgés de quelques années, présentant un développement dentaire, génital et mammaire anormal. Ces cas se rapportent à des fillettes de 2, 3 ans au moins. La cause en serait due à l'éclosion précoce et insolite de quelques follicules de Graaf dans l'ovaire.

Leur exposé, si court qu'il soit, a le mérite de bien mettre à leur place deux phénomènes distincts : l'un l'écoulement sanguin insignifiant des premiers jours de la naissance, l'autre le fonctionnement régulier, singulièrement hâtif de l'appareil utéro-ovarien. Nulle gravité, dans l'une et l'autre circonstance.

La question de la menstruation précoce étant hors de cause, il me reste à rechercher ce qui a pu être dit et observé avec précision sur les hémorrhagies à allure tantôt bénigne, tantôt grave, apparaissant chez les nouveau-nés et pouvant débiter par la muqueuse génitale.

Il faut convenir de suite que presque tous les auteurs s'accordent plutôt sur la bénignité de cet accident et que c'est à peine si la possibilité d'un état grave coexistant a été signalé. Il serait plus juste de dire qu'une distinction a été émise par quelques médecins entre la métrorrhagie fugace qui, de même que la fluxion mammaire, apparaît après la naissance, et la métrorrhagie qui survient à titre d'épisode au milieu d'un complexus morbide dont l'hémorrhagie infantile, quel qu'en soit le siège, est un des éléments.

Cette distinction est nettement exprimée par Boivin et Dugès, dès 1833.

« Pour l'ordinaire, dans ces observations de métrorrhagie chez des nouveau-nés ou des enfants en bas âge, il n'aurait fallu voir qu'un état morbide ; état généralement peu grave, mais qui pourtant doit être accompagné d'effets proportionnés à son intensité et à la nature de sa cause ; un mouvement fébrile l'ac-

compagnerait ou le précéderait probablement presque toujours, et d'autres symptômes inflammatoires coïncideraient souvent aussi avec lui, symptômes qui, dans certains cas, pourraient augmenter les incertitudes, si les mamelles, par exemple, en étaient le siège. »

Suit l'histoire d'une petite fille, chez laquelle se succédèrent dans les premiers jours de la naissance des métrorrhagies assez abondantes, qui firent place, au moment de leur disparition, à une tuméfaction notable des mamelles, qui acquirent le volume d'un gros œuf de poule et se mirent à suinter un liquide lactescent assez abondant. (B. et D., t. I^{er}, p. 370.)

Il ne paraît pas que ces deux observateurs, d'une sagacité incontestable, aient poussé autrement loin leurs recherches et l'analyse de ces sortes de faits. J'ai cité leur opinion pour l'idée qu'elle renferme de la possibilité d'une étiologie d'ordre général morbide, mise en regard d'une cause d'ordre physiologique.

Nous retrouvons l'idée d'une cause pathologique générale, mieux exprimée encore dans l'ouvrage de D'Espine et Picot, sur les maladies de l'enfance.

Pour ces auteurs, l'état morbide serait constitué par une prédisposition héréditaire, résumée dans ce terme vague, l'*hémophilie*, et, à ce titre, l'écoulement sanguin par la vulve, associé généralement au purpura, à l'omphalorrhagie, etc., trahirait la tare constitutionnelle, la diathèse hémorrhagique.

Dans d'autres cas, le principe morbide résiderait dans une malformation de l'appareil circulatoire, ou dans des troubles passagers de la circulation ou de la respiration.

A ces deux ordres de causes, se résumerait l'étiologie des hémorrhagies des nouveau-nés.

Je cite textuellement : « *Hémorrhagies vulvaires*. L'écoulement de sang par la vulve peu de temps après la naissance est assez rare ; il a été cependant observé quelquefois dans la première semaine, du quatrième au cinquième jour surtout. Il paraît se rattacher aux mêmes causes que l'apoplexie intestinale ; c'est-à-dire aux troubles de la circulation sous l'influence d'une gêne de la respiration ou d'une disposition anormale du cœur ou des gros vaisseaux. A l'appui de cette dernière hypothèse, on peut citer un cas observé par Pinard dans lequel l'hémorrhagie vulvaire débuta le second jour et dura huit jours, en diminuant

progressivement, chez une petite fille atteinte de cyanose congénitale.

« Le sang provenait de l'utérus dans les observations de Billard ; cet auteur constata la présence de caillots sanguins dans la cavité même de la matrice.

« Nous ne parlons pas ici des écoulements sanguins par la vulve, qui peuvent accompagner quelquefois l'hémorrhagie ombilicale ou le purpura dans la diathèse hémorrhagique temporaire.

« L'hémorrhagie vulvaire est quelquefois précédée ou suivie d'une leucorrhée blanchâtre et séreuse, qui paraît démontrer l'existence d'une vraie congestion utérine. Elle n'est jamais assez abondante pour inspirer des craintes au point de vue de l'anémie. Les organes génitaux externes sont souvent tuméfiés. L'écoulement sanguin dure en moyenne deux jours ; quelquefois il se prolonge pendant un septénaire. Une fois arrêté, il ne se reproduit jamais. Le nom de *menstruation précoce* que lui donnaient les anciens était donc inexact.

« Le pronostic est toujours favorable. Le traitement doit agir contre la congestion ; des bains tièdes suffisent le plus souvent ».

Nous n'aurons pas de mal à démontrer combien est illusoire l'opinion optimiste exprimée dans la dernière phrase.

De nombreux travaux, en étayant soit la doctrine physiologique, soit la doctrine pathologique des hémorrhagies génitales des nouveau-nés, sont venus apporter des éléments étiologiques plus nombreux et Ribemont les a, en partie, mentionnés dans sa thèse d'agrégation en 1880.

A la théorie circulatoire se rattache l'idée exprimée par Porak de la fréquence de l'accident à la suite de la ligature tardive du cordon.

A la théorie de l'hémophilie, Comby (Traité des Maladies de l'enfance) ajouterait volontiers celle de l'*arthritisme* héréditaire, que je traduis ici par artério-sclérose des nouveau-nés.

Dans le même ouvrage, Démelin groupe en deux catégories l'ensemble des hémorrhagies des nouveau-nés. Dans la première catégorie rentrent les hémorrhagies ;

- A) de cause traumatique ;
- B) de cause circulatoire et respiratoire ;
- C) de cause infectieuse dyscrasique.

Dans la seconde catégorie, de beaucoup la moins importante

et tout à fait à part, rentrent exclusivement « les écoulements sanguins *quasi-physiologiques* qui se font par les voies génitales des petites filles ». L'auteur leur consacre le paragraphe suivant :

« *Écoulements sanguins par les voies génitales des filles nouveau-nées.* — Le phénomène se montre d'habitude du 1^{er} au 5^e jour après la naissance, mais il apparaît aussi plus tard : il dure quelques jours, puis cesse spontanément pour ne plus revenir. Rarement, il se produit à des intervalles plus ou moins réguliers, pendant un temps variable, et sans jamais avoir plus de gravité.

« Comparée à tort à une menstruation précoce, l'hémorragie vulvaire a pourtant des relations avec la poussée ovarienne qui se fait à la naissance. Cette fluxion génitale des petites filles a son analogue chez les garçons nouveau-nés, qui présentent si souvent des hydro-hématocèles congénitales. Le diagnostic s'impose.

« Le pronostic est toujours bénin (1). Sans doute, il peut se produire par la vulve des écoulements de sang de nature traumatique, dyscrasique ou infectieuse, de même que par toute autre voie, mais c'est là un fait exceptionnel. »

Quant aux hémorrhagies de la première catégorie, auxquelles il me faut revenir, Démelin les a classées d'une façon suffisamment méthodique, pour qu'on puisse accepter les groupes étiologiques qu'il a établis.

Pour les hémorrhagies traumatiques, il n'y a pas lieu de discuter.

— J'en dirai autant pour celles qui dérivent d'un trouble respiratoire ou circulatoire.

— Reste le troisième groupe des hémorrhagies infectieuses ou dyscrasiques.

Nous y trouvons comme mécanisme les altérations des organes hématopoïétiques : foie, rate, thymus, capsules surrénales, et comme élément pathogène probable un microbe infectieux : le streptocoque, le colibacille, les staphylocoques, selon Charrin ; et peut-être des septicémies d'autre nature : la vaccine anormale entre autres. Le point délicat est de fixer la part qui revient aux

(1) Je note en passant comme je l'ai fait après la citation d'Espine et Picot cette opinion malheureusement controuvée par les faits que j'ai récemment observés, du pronostic bénin dans les cas d'hémorrhagie génitale.

lésions organiques ou dyscrasiques et à l'agent infectieux, et même de décider si, dans certains cas, l'altération fonctionnelle des organes de l'hématopoïèse indépendante de toute infection microbienne, ne crée pas une sorte de trophisme désorganisateur du sang (dyscrasie), qui suffit à entraîner la tendance aux hémorrhagies. Toutefois, Démelin considère que la diathèse hémophilique voit son champ se rétrécir de jour en jour pour faire place à des notions étiologiques plus précises, telles que celle de l'infection, par exemple. Bar et Rénon, dans le *Journal des Praticiens* du 29 novembre 1893, ont apporté des documents intéressants à la théorie de l'infection. — Ermanie, dans sa thèse de 1897 sur le *melœna vera*, hémorrhagie gastro-intestinale des nouveau-nés, conclut à l'étiologie fréquente par l'infection primitive d'origine alimentaire chez les enfants non nourris au sein.

La *syphilis héréditaire*, de son côté, a conquis une grande place parmi les causes des hémorrhagies du nouveau-né. C'est à elle que l'on rapporte bien des cas de mélœna et d'omphalorrhagie, qui s'expliqueraient par des lésions vasculaires, phlébite et artérite, sans préjudice de l'altération profonde du sang.

Cette influence accordée à la syphilis par un grand nombre d'auteurs français et étrangers. Marfan l'accorderait volontiers à l'affection connue sous le nom de *purpura infectieux ou primitif*. « Celui-ci, dit-il, peut se rencontrer dès les premiers jours de la vie et il y a lieu de se demander si la diathèse hémorrhagique ou melœna des nouveau-nés n'en constitue pas une forme particulière. » (*Traité des mal. de l'enf.*, p. 160.)

Enfin, il faut citer la théorie *nerveuse* qui réside dans un état apoplectique miliaire ou en nappe de l'encéphale (Preuschen) capable d'amener trophiquement des lésions ulcératives gastro-intestinales et des hémorrhagies consécutives. Elle dériverait aussi de l'excitation des centres nerveux par des toxines microbiennes, d'où irritabilité excessive de l'innervation vaso-motrice (Widal-Romme). Ce sont des formes de dyscrasie d'origine nerveuse comparables aux purpuras myélopathiques décrits par Faisans.

Je n'abandonnerai pas cette incursion dans le domaine étiologique sans mettre en relief un fait qui a été dès longtemps signalé et qui intéresse spécialement mon sujet, c'est le caractère

endémique ou *endémo-épidémique* de certaines variétés d'hémorrhagies des nouveau-nés.

Pollak a décrit, en 1871, une sorte d'hématurie grave endémique dans les maternités, que Parrot appela tubulhématurie rénale et que Winckel, après en avoir observé 24 cas à Dresde, décrivit comme une *maladie pernicieuse spéciale, apyrétique avec hémoglobinurie*.

Charrin et Laroyenne en avaient observé 14 cas de leur côté en 1873, et Bigelow en décrivit, en 1875, une épidémie à l'Institut de Boston.

Bien que ces faits paraissent s'éloigner du sujet principal de ce mémoire qui a trait à un accident réputé bénin par tous les auteurs, et qualifié même de physiologique, ou de quasiphysiologique, ils devaient être rappelés précisément ici, pour justifier la relation de similitude qui existe entre ces hémorrhagies épidémiques gravées par les voies urinaires, et à celle que j'ai observée sur les voies génitales, précisément avec ce même caractère épidémique grave si singulier.

Il n'était pas inutile non plus de résumer les nombreuses doctrines étiologiques émises jusqu'ici en signalant le rôle présumé de la syphilis et en mettant en relief surtout la théorie de l'infection du sang, des organes de l'hématopoïèse, des centres nerveux vaso-moteurs et trophiques, par des microbes pathogènes ou par leurs toxines.

Quant à ces microbes invoqués indistinctivement comme cause de l'infection, s'il en est de banaux ou qui commencent à être regardés comme tels, certains ont été indiqués en quelque sorte comme spécifiques du moins dans le melœna (Gartner) sans compter que le bacille pyocyanique, le pneumocoque, etc., ont pris place dans cette étiologie à côté des staphylocoques divers et des streptocoques dont on trouve des variétés si dissemblables.

Nous arrivons maintenant à l'exposé des faits cliniques.

OBSERVATION I

Ehos. Enfant née le 12 avril, 1898. Poids 2920 grs. — Bien constituée. L'accouchement à terme a duré 13 heures. Elle est allaitée par la mère.

Les deux premiers jours, diminution normale du poids ; rien de particulier.

15 avril. — 3^e jour, vomissements alimentaires, eau de Vichy avant chaque tétée.

16 avril. — Apparition de règles très abondantes qui continuent jusqu'au jour du départ.

Cessation des vomissements.

Augmentation de poids de 60 gr.

17 avril. — Même état, augmentation de 25 gr.

18 avril. — Aspect général bon.

Diminution de 75 gr.

19 et 20 avril. — Rien de particulier, augmentation de 25 gr. par jour.

21 avril, 9^e jour. — Diminution de 125 gr. ; apparition de diarrhée verte non fétide. Lavage intestinal. Injection hypodermique de 25 gr. de sérum artificiel d'Hayem à la région du flanc gauche. L'insertion du cordon à la peau saigne facilement. Deux taches ecchymotiques de la dimension d'une pièce d'un franc, sur le thorax ; taches disséminées de purpura. L'idée que le sérum peut favoriser les hémorrhagies en fait cesser l'usage.

La région de la piqûre de sérum est le siège d'une large ecchymose qui tient tout le côté du flanc gauche.

22 avril, 10^e jour. — Malgré l'absence de renseignements précis, on essaie du traitement spécifique.

Traitement mercuriel, 2 frictions légères à longuent mercuriel, 5 gouttes de liqueur de Van Swieten. La diarrhée continue. Lavage intestinal. Diminution de 50 gr. Cessation définitive de la diarrhée. En raison de l'affaiblissement de l'enfant, on multiplie les tétées. Tétées toutes les 1 h. 1/2. L'enfant prend 20 gr. à chaque tétée, vérification par les pesées.

Dans la journée, écoulement sanguin par le nez.

Dès ce moment, les phénomènes hémorrhagiques s'aggravent. Le sang s'écoule en même temps par la vulve, par l'insertion cutanée du cordon qui saigne fréquemment. Les ecchymoses augmentent sur le thorax et la paroi abdominale. Aspect athrepsique.

24 avril, 12^e jour. — Pas de diarrhée, tétées régulières, même état général. Diminution de 70 gr.

La mère sort sur sa demande, laissant une fausse adresse. Il est impossible de savoir ce qu'est devenu l'enfant sortie d'ailleurs dans un état désespéré.

La température rectale prise régulièrement deux fois par jour à partir du moment où les phénomènes intestinaux ont apparu et

coïncidé avec la diminution rapide du poids, n'a pas excédé 37°5 maximum, 37° minimum.

Antérieurement, la température vespérale était restée normale.

La *quantité de sang* perdue a été réellement considérable. Dès le premier jour les couches étaient fortement tachées. Il s'écoulait des caillots du vagin et on en trouvait dans les linges. Ces caillots étaient de petit volume, vermicillaires, adhérents au vagin à façon du bouchon muqueux cervical.

Une fois, on a constaté que le sang avait transpercé le maillot de laine et pénétré jusqu'à la literie du berceau. Enfin, par deux fois pendant le lavage intestinal, on a observé que sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant en même temps, sans doute que par l'effet de la distension du rectum qui comprimait le vagin, des caillots de la grosseur d'une amande sortaient de la vulve.

Antécédents héréditaires. — Inconnus pour le père. La mère, primipare, âgée de 24 ans, a eu une pleurésie à 17 ans. Bonne santé.

Poids de l'enfant à sa naissance 2.920 gr.

1 ^{er} jour	2.750	
2 ^e —	2.620	
3 ^e —	2.580	Vomissements.
4 ^e —	2.660	Disparition des vomissements. Apparition de l'hémorrhagie génitale.
5 ^e —	2.675	} Persistance de l'hémorrhagie génitale.
6 ^e —	2.600	
7 ^e —	2.620	
8 ^e —	2.650	
9 ^e —	2.530	Diarrhée. Lavage intestinal. Sérum 25 gr. Ecchymoses thoraciques, hémorrhagies nasales et ombilicales.
10 ^e —	2.470	Traitement mercuriel.
11 ^e —	2.420	Disparition de la diarrhée. Persistance des hémorrhagies multiples.
12 ^e —	2.350	Sort dans un état très grave.

OBSERVATION II.

La nommée Godelle, née le 20 avril 1898, après 13 heures de travail, ne présente rien de particulier jusqu'au 23 avril. Elle est allaitée par la mère.

Le 23 avril, 3 jours après la naissance, l'enfant est prise de diarrhée verte, glaireuse, abondante. On fait immédiatement un lavage intestinal et une injection hypodermique de 25 gr. de sérum.

artificiel d'Hayem. L'enfant qui, à la naissance, pesait 3.000 gr., a diminué de 350 gr. dans les 3 premiers jours.

24 avril. — L'état reste le même. La diarrhée continue. L'enfant a encore diminué de 25 gr. On l'examine avec soin de tous les côtés : rien au cordon. Pas d'érythème. Injection de sérum, 30 gr. Nouveau lavage intestinal.

25 avril. — L'enfant a diminué de 125 gr. depuis la veille. On supprime l'allaitement maternel qui paraît insuffisant ou suspect. On donne du lait de la nourrice. Injection de sérum, 30 gr. Lavage intestinal. La diarrhée reste néanmoins stationnaire.

26 avril. — Même état. Diminution de poids de 75 gr. Un écoulement sanguin peu abondant se produit au niveau de l'insertion cutanée du cordon. Le sang suinte du sillon d'élimination.

27 avril. — Apparition des règles, sang noirâtre, filtrant, rien d'anormal à la vue. Pas d'éruption sur le corps. Diminution de 105 gr. Vomissements sanguins.

28 avril. — Les règles persistent. Diarrhée moins abondante. Mort. On trouve un caillot sanguin dans le vagin.

L'enfant a vécu 8 jours.

Pas d'autopsie (opposition).

Antécédents héréditaires. — Les parents ont toujours été bien portants. La mère accuse seulement avoir eu, en janvier 1897, une fièvre typhoïde, légère, contractée, semble-t-il, durant son service d'infirmière à l'hôpital de la Pitié.

Aucun antécédent bacillaire, ni spécifique.

Pas de grossesse antérieure.

Le père, infirmier à l'hôpital Boucicaut, paraît être d'une bonne santé. Il est avéré cependant que depuis plusieurs années, il a contracté des habitudes d'alcoolisme dont nous avons eu des preuves certaines. Il aurait eu aussi les fièvres intermittentes. Pas d'éthylisme du côté de la mère. Elle est molle, apathique; le facies est coloré, acné rosée probablement indice d'artério-sclérose commençante.

Ce ménage habite un endroit relativement salubre, près de l'hôpital Boucicaut et n'a jamais subi de privation d'aucune sorte.

Poids de l'enfant à la naissance : 3.000 gr.

1^{er} jour : 2.850 gr.

2^e — 2.750 gr.

3^e — 2.650 gr. **Diarrhée verte** non fétide. — Couveuse.

Lavage intestinal. Sérum 25 gr.

4^e jour : 2.625 gr. Id.

5^e — 2.500 gr. Diarrhée. **Règles.** Id.

6^e jour 2.430 gr.
7^e — 2.320 gr.
8^e — 2.300 gr. Mort.

OBSERVATION III.

La nommée Prunier, née le 21 avril 1898, ne présenter rien de particulier jusqu'au 24 avril.

24 avril. — Apparition de diarrhée verte non fétide. Lavage intestinal, qui est répété les jours suivants.

25 avril. — Id. Diminution de 15 gr.

26 avril au soir, après avoir eu encore de la diarrhée, pendant la journée, l'enfant perd un peu de sang par le vagin.

27 avril. — Id. — Diminution de 150 gr. Diarrhée. Ecoulement sanguin présentant les mêmes caractères. Même traitement.

28 avril. — Id. — Diminution de 200 gr. Lavage intestinal. Sérum 25 gr.

29 avril. — Diarrhée verte, abondante. Apparition d'un peu d'érythème aux fesses. Lavages intestinaux. La diarrhée devient moins verte. Pertes de sang assez abondantes par le vagin. Injection de 50 gr. de sérum. Diète aqueuse.

30 avril, matin. — On constate que l'érythème a beaucoup augmenté ; il est papuleux, rouge vif. Il siège principalement à la face, au bord libre des oreilles, il y a aussi des plaques disséminées sur le cuir chevelu.

L'érythème a beaucoup augmenté sur le siège.

Les plaques sont légèrement surélevées, en nappe. En passant le doigt dessus, on sent une saillie légère de l'épiderme. On trouve en même temps un peu de coryza. *Pas d'élévation de température.* Sérum 30 gr.

30 avril soir. — L'érythème s'est généralisé, des ecchymoses apparaissent sur le thorax, le coryza augmente, pas d'élévation de température ; du sang noirâtre continue à s'écouler par la vulve ; il y a un caillot de la grosseur d'une amande.

Diminution de 75 gr. Diarrhée abondante, selles presque continues. A 11 h. soir. Mort.

Le cordon n'a jamais présenté de traces d'infection.

Poids de l'enfant à la naissance 3700 gr.

1^{er} jour, 3600 gr.

2^e jour, 3480 gr. **Diarrhée.** Lavages intestinaux.

3^e jour, 3550 gr.

4^e jour, 3530. Diarrhée. Lavage intestinal. Sérum 25 gr.

5^e jour, 3400. **Règles.**

6^e jour, 3250.

7^e jour, 3090 gr. — Règles. Erythème fessier. Lavage intestinal. Sérum 50 gr.

8^e jour, 2950 gr. — Règles. **Erythème facial. Ecchymoses.** Diète aqueuse. Sérum 30 gr.

9^e jour, 2875 gr. Ecchymoses au thorax. Mort.

Antécédents héréditaires. Mère. — La mère a eu six enfants. Deux seulement vivent encore : un garçon de 9 ans, du premier mari, est atteint d'un lupus de la face ; une petite fille de 2 ans, du deuxième mari. Pas de trace de bacillose, ni de syphilis, mais éthylisme (bien que la mère accuse ne boire jamais de vin, mais abuser du café).

Père. — Du côté du père, rien à signaler, si ce n'est des soupçons d'éthylisme aussi. Il a eu la jambe gauche cassée il y a 3 ans et boîte depuis. Bien portant.

La mère blanchisseuse, le père laitier, semblent ne s'être jamais soumis à des privations de quelques sorte que ce soit.

Autopsie. — 10 heures après la mort un examen du sang est fait par M. Doléris. Le sang est recueilli dans la veine axillaire, une partie est ensemencée sur agar, l'autre sur bouillon.

L'examen direct, avec objectif à immersion, montre les globules rouges discoïdes, non déformés, très peu empilés. Pas de matières colorantes dissoutes, de rares éléments crénelés et ponctués. On voit de rares corpuscules ayant l'apparence de diplocoques très mobiles qui peuvent être aussi bien des granulations produites par des altérations cellulaires.

Certaines cellules présentent à leur centre un espace incolore parfaitement arrondi et très nettement délimité, ayant l'apparence d'une gouttelette réfringente. Rares globules blancs.

Des matières fécales prises dans le rectum ont été ensemencées sur agar et sur bouillon.

Autopsie (24 h. après la mort).

À l'ouverture de l'abdomen, on remarque une suffusion sanguine considérable tout le long de la veine ombilicale. La veine ne contient rien. Dans l'épaisseur des téguments (m. droits) la suffusion sanguine est aussi considérable.

Le long des artères ombilicales, autres suffusions. Ces artères sont distendues, on y trouve un caillot cruorique et du sang liquide. L'intestin est normal en apparence. Pas de sérosité pleurale. Quelques arborisations à la surface du poulmon. Un peu de sérosité dans le péricarde. (Ensemencement.)

Les suffusions hémorrhagiques observées dans la paroi hypogastrique, le long de la veine et des artères ombilicales s'observent aussi tout le long du mésorectum où se trouvent de nombreuses arborisations. Les ovaires et les trompes ont une coloration et disposition normales. Le corps de l'utérus paraît très bien développé, il a environ 2 cm. à partir du cul-de-sac vésico-utérin jusqu'au fond. Mêmes suffusions sanguines dans le petit bassin.

Les organes abdominaux, le cœur et le thymus ne présentent rien de spécial à la vue.

Poids : Foie 100 gr. — Rein g. 20 gr. — Rein d. 20 gr. — Caps. sur. g. 7 gr. — Caps. sur. d. 5 gr. (incomplètement enlevée). — Rate 12 gr. — Cœur 24 gr. — Poumons 75 gr. — Organes génito-urinaires : vessie, utérus, ovaires, vagin, etc., 20 gr.

L'examen et les expériences bactériologiques sont relatés plus loin.

OBSERVATION IV.

L'enfant Debrien, née le 21 avril, après 6 h. 1/2 de travail, ne présente rien d'anormal jusqu'au 25 avril. Elle est allaitée par sa mère.

Le 25 avril. — 4 jours après sa naissance, l'enfant a une perte de sang par le vagin, sans aucun symptôme inquiétant. La perte est d'ailleurs peu abondante : elle est constituée par un liquide cruorique, sans caillots, ne tachant que le linge, qui est en contact avec l'enfant. Le poids de la fillette, loin de diminuer, a augmenté de 10 grammes.

26 avril. — L'enfant présente un bon aspect général. La quantité et la qualité du sang perdu restent les mêmes. Il n'y a aucun trouble digestif, aucune éruption cutanée, aucune élévation ni aucun abaissement de la température. Le poids même est augmenté de 70 grammes. On ne prescrit aucun traitement.

27 avril. — Même état que la veille. Même quantité de sang perdue. Le poids de l'enfant a diminué de 30 grammes sur le poids de la veille.

28 avril. — Le sang qui s'écoule par la vulve est noirâtre, légèrement filant, sans caillots. La quantité est à peu près la même que celle des jours précédents ; seul, le linge qui est en contact avec l'enfant est taché. L'état général est toujours excellent. Il y a une augmentation de poids de 50 grammes.

29 avril. — Même état. L'hémorrhagie vulvaire reste la même. Augmentation de poids de 60 grammes.

30 avril. — La quantité de sang perdue est moins abondante que

la veille. On ne remarque sur le linge qu'une petite tache de liquide légèrement teinté en rouge, et que quelques fibrilles rougeâtres.

L'enfant a regagné et même dépassé le poids qu'elle avait lors de sa naissance.

1^{er} mai (10^e jours après la naissance). L'hémorrhagie génitale est complètement terminée. Augmentation de poids de 10 grammes. Le ventre de l'enfant est légèrement augmenté de volume, on voit se dessiner sur la paroi une circulation collatérale assez développée. Il y a un peu d'ascite et la percussion du foie dénote une légère augmentation de volume de cet organe : il déborde un peu les fausses côtes.

2 mai. — La mère sort avec l'enfant.

Quantité de sang perdu. — La quantité de sang perdu a été peu considérable, comparée surtout à la quantité perdue par les enfants qui font le sujet des observations I, II, III. Il n'y a eu aucun retentissement sur l'état général ; et lors du départ de l'enfant, son poids était de 92 grammes supérieur au poids qu'il avait en naissant.

On n'a jamais remarqué de changement dans la température, ni de troubles digestifs, ni d'éruption cutanée.

Poids de l'enfant.

A la naissance	2.940	grammes.	
1 ^{er} jour	2.820	—	
2 ^e —	2.660	—	
3 ^e —	2.680	—	
4 ^e —	2.690	—	Apparition des règles.
5 ^e —	2.760	—	
6 ^e —	2.730	—	
7 ^e —	2.780	—	
8 ^e —	2.840	—	
9 ^e —	2.950	—	
10 ^e —	3.000	—	Terminaison des règles.
11 ^e —	3.060	—	

Antécédents héréditaires de l'enfant. — La mère, âgée de 22 ans, est une primipare. Elle est bien portante ordinairement. Elle eut une fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans et fut anémique plus tard. Elle a, depuis sa guérison, été toujours bien réglée. Elle fit une fausse couche à 20 ans. Son accouchement fut normal. Les oncles maternels de la mère seraient tous morts bacillaires.

Le père est menuisier, il a toujours été en bonne santé. On n'a décelé chez lui ni bacilliose, ni spécificité, ni éthylisme.

L'hygiène du ménage paraît satisfaisante. Les parents ne subissent aucune privation et sont bien logés.

OBSERVATION V.

L'enfant Léonard, née le 22 avril, après 32 heures de travail, ne présente rien d'anormal jusqu'au 26 avril. Elle est allaitée par sa mère.

Le 26 avril. — 4 jours après sa naissance, — elle est atteinte de vomissements alimentaires, elle ne peut garder le lait et le vomit peu après la tétée. Son poids a diminué de 250 grammes en 4 jours et de 80 grammes depuis la veille. On supprime le lait de la mère, on le remplace par du lait de la nourrice et, avant chaque tétée, on fait prendre à l'enfant 5 grammes d'eau de chaux. On fait dans la région du flanc une injection hypodermique de 25 grammes de sérum d'Hayem.

27 avril. — Le traitement paraît avoir été efficace, les vomissements sont moins fréquents, l'enfant conserve un peu de lait. On règle le nombre des tétées, on lui donne peu à la fois mais, souvent, c'est-à-dire 20 grammes toutes les heures et demie. Toutefois son poids est de 125 grammes supérieur à celui de la veille. On suit le même traitement (lait de la nourrice, eau de chaux, — sérum artificiel de Hayem : 25 gr. en injections hypodermiques).

28 avril. — 6^e jour après la naissance. Les vomissements sont moins fréquents que la veille, l'enfant peut conserver un peu de lait. Diminution de poids de 15 grammes.

29 avril. — Les vomissements sont devenus plus abondants, l'enfant vomit à chaque tétée et dans l'intervalle. Du côté de la vulve apparaît un écoulement sanguin abondant. Le sang est noir, filant, sans caillot, il tache les linges et la couverture. Pas de diarrhée. Pas d'éruption sur le corps. Le poids de l'enfant a diminué de 85 grammes. Il n'y a aucune modification de la température qui reste normale. On conserve toujours le même traitement (eau de chaux, sérum). On remplace le lait de la nourrice par du lait stérilisé dans l'espoir d'apaiser les vomissements.

30 avril. — Il semble que l'écoulement sanguin qui se fait par la vulve est moins abondant que la veille, tout en traversant encore les linges et tachant la couverture. Les vomissements continuent et restent les mêmes, c'est-à-dire alimentaires ou muqueux ; ils n'ont jamais été hémorrhagiques. Le poids de l'enfant est stationnaire. On fait une injection hypodermique de 50 grammes de sérum artificiel d'Hayem.

1^{er} mai. — 9^e jour après la naissance. La mère veut sortir et emmène son enfant dans un état grave : les vomissements et les hémorrhagies persistent.

Des renseignements furent pris au domicile de la mère : on sut que l'enfant était mort le lendemain de sa sortie de la Maternité.

Antécédents héréditaires de l'enfant. — Les antécédents du père sont inconnus. La mère, primipare, a une bonne santé. Elle a eu la coqueluche à 2 ans, la fièvre typhoïde à 14. Elle fut réglée à 16 ans, mais très irrégulièrement. On n'a pas trouvé de son côté de tare tuberculeuse ou syphilitique.

Quantité de sang perdu. — La quantité de sang perdu fut considérable pendant les deux jours qu'on put l'observer à l'hôpital. Le premier jour tout le maillot était traversé et le matelas taché. Le deuxième jour de l'hémorrhagie génitale le matelas n'était pas souillé, mais la couverture d'enveloppement l'était.

Il n'y eut aucune autre hémorrhagies. On n'observa pas de diarrhée et la température a toujours oscillé entre 37,5 le soir et 36,8 le matin.

Poids de l'enfant.

À la naissance	2.800 gr.		
Premier jour	2.715 gr.		
2 ^e	—	2.700 gr.	
3 ^e	—	2.635 gr.	
4 ^e	—	2.550 gr.	Vomissements. Injection de sérum de 25 gr.
5 ^e	—	2.435 gr.	Id.
6 ^e	—	2.415 gr.	Id.
7 ^e	—	2.330 gr.	Vomissements. Règles. Injection de sérum de 25 gr.
8 ^e	—	2.330 gr.	Id. Id.
9 ^e	—	Sortie.	

Mort le lendemain de sa sortie.

Examen bactériologique de l'enfant de l'observation III. — Du sang de la veine axillaire avait été recueilli dans des pipettes stérilisées (1) dix heures après la mort.

Il a étéensemencé en grande quantité sans résultat dans du bouillon et sur gélose.

1) On remarqua que le sang n'était pas encore coagulé et qu'on avait pu en recueillir 3 pipettes à moitié pleines.

Inoculé sous la peau d'une souris blanche il n'a produit aucun effet.

Au moment de l'autopsie, du sang et des fragments des différents organes ont étéensemencés dans du bouillon et sur de la gélose, ainsi que des matières fécales prises dans l'intestin, de la bile et de la sérosité prise dans la cavité péricardite.

Les résultats ont été négatifs, sauf pour les ensemencements suivants :

Ceux faits avec le foie ont donné lieu au développement de cultures qui, séparées sur plaques de gélatine, se sont montrées de deux espèces : des colonies de *bacterium coli commune* et un court bacille mobile ayant les apparences morphologiques du *proteus*, mais ne liquéfiant pas la gélatine.

Les matières fécales ont donné lieu au développement d'un grand nombre de bactéries qui nous ont toutes paru les hôtes habituels de l'intestin.

La sérosité péricardique contenait des staphylocoques qui ont donné un grand nombre de colonies de staphylocoques dorés et quelques colonies de staphylocoques blancs. Peut-être y avait-il association de pneumocoques, ce que des expériences ultérieures nous diront.

En résumé, les constatations faites pour l'intestin et le foie paraissent sans grande importance au point de vue de l'origine des accidents observés. On connaît, en effet, la richesse habituelle de la flore intestinale et il est assez constant d'en retrouver, comme dans le cas actuel, quelques échantillons ayant remonté par la voie vasculaire ou biliaire jusque dans le foie.

Il n'en est plus de même pour les staphylocoques constatés dans la sérosité péricardique. On ne peut cependant être complètement affirmatif sur leur rôle pathogène dans ce cas. Car en général lorsque le staphylocoque a infecté l'organisme on le retrouve dans tous les organes, et ici il faisait défaut partout sauf dans le péricarde.

Nous devons dire que cette année même, à l'autopsie de deux nouveau-nés morts, le premier avec des troubles digestifs et un érythème scarlatiniforme, le second avec des troubles digestifs et des convulsions, nous avons constaté de même, dans le péricarde, un petit épanchement de sérosité, contenant des staphylocoques vérifiés par la culture. Dans l'un de ces cas, l'ensemence-

ment du sang donnait également des staphylocoques, tandis que dans l'autre il restait négatif.

Ces deux cas ne s'accompagnaient d'aucune lésion anatomique pouvant expliquer la mort.

Discussion :

M. BAR. — J'ai vu à la clinique Tarnier et à Saint-Louis quinze ou seize cas d'hémorrhagie du nouveau-né. Elles étaient, dans beaucoup de cas, dues à des phénomènes infectieux. Ce qui est intéressant dans la communication de M. Doléris, c'est qu'il a observé des hémorrhagies génitales qui ont présenté une grande gravité. C'est là un fait exceptionnel.

Quant aux hémorrhagies des nouveau-nés, c'est là une question très importante, et je serais d'avis qu'elle fût mise à l'ordre du jour de la Société afin qu'elle pût être discutée ici avec des documents précis.

M. LOVIOT. — Je crois également à l'origine infectieuse. Il serait donc intéressant de savoir si ces enfants ne se sont pas trouvés dans des conditions identiques.

M. DOLÉRIS. — J'ai recherché avec grand soin l'origine de ces cas et il ne m'est pas possible de formuler une opinion positive. Mon personnel est très restreint : une infirmière pour 14 enfants ; en cas de contamination, on aurait eu des signes d'infection extérieure ; il y aurait eu plaie ou lésion des tégu-ments. Il n'y a pas eu d'infection par les seins, ni par contact avec les mères qui étaient en bonne santé. Je croirais plutôt à une infection particulière qui ne s'est pas produite par les ingestions, car tous les enfants étaient nourris par leur mère.

M. LOVIOT. — Il n'est pas nécessaire qu'il y ait des signes d'infection extérieure, de la galactophorite pourrait suffire. On pourrait aussi incriminer les baignoires.

M. DOLÉRIS. — Les enfants ne prennent pas de bains, ils sont lavés individuellement à l'eau courante avec de l'ouate stérilisée, sous la direction des sages-femmes.

M. LOVIOT. — Il peut y avoir infection par le sein maternel ou par la voie ombilicale sans lésions extérieures.

M. BAR. — Ce sont là des hypothèses, il faut s'appuyer sur des faits précis.

M. CHARPENTIER. — Je suis frappé de la gravité des cas signalés par M. Doléris. J'ai vu chez des petites filles trois ou quatre hémorrhagies vulvaires, toutes bénignes, ayant duré quelques heures le premier jour, et se prolongeant deux ou trois jours. Chez des garçons bien portants en apparence, j'ai vu deux cas d'hémorrhagie intestinale grave sans qu'on ait pu en expliquer la cause. Toutes deux heureusement se sont intéressées dans la guérison.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'inscription au procès-verbal de la question des hémorrhagies du nouveau-né.

Cette proposition est adoptée.

M. MERLE: L'Aménorrhée et la Dysménorrhée, résultats obtenus par le traitement hydro-minéral (Eaux chlorurées sodiques chaudes de Bourbonne-les-Bains).

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris quelques observations personnelles sur ce sujet.

Je ne veux pas, dans cette communication, passer en revue tous les médicaments, tous les moyens auxquels on a recours habituellement pour combattre l'aménorrhée et la dysménorrhée. Ils sont incertains et non toujours sans danger. C'est ce qui m'a décidé à faire connaître le résultat de ma pratique personnelle par le traitement hydro-minéral, dans l'espoir d'être utile à mes confrères et à une certaine catégorie de malades fort intéressantes.

Pour le dire tout d'abord, sur 6 cas que j'ai eu à traiter, en deux années, j'ai obtenu 5 succès complets et un résultat partiel.

Je ne suis pas le premier, d'ailleurs, à avoir constaté l'efficacité des eaux de Bourbonne-les-Bains, dans ce genre d'affection. Entre autres, le regretté Dr Causard, dans son livre sur cette station, en cite un exemple remarquable, car il est en quelque sorte le type des cas que l'on rencontre ordinairement ; aussi ne puis-

je mieux faire que de le reproduire ici : Une dame de ses clientes, venue à Bourbonne pour rhumatismes, avait une grande fille de 16 ans, lymphatique, nerveuse, pâle et chétive, non formée. Le docteur proposa quelques douches pour la fortifier. « A quoi bon, répondit la mère, elle est condamnée ». Le médecin de la famille l'avait jugée phthisique et on avait abandonné tout espoir. Causard l'ausculta avec soin, sans trouver de traces certaines de tubercules. Il fit prendre à cette enfant des douches chaudes sur les parties inférieures du corps et, après 8 ou 10 jours de ce traitement, les règles paraissaient sous la douche même. La santé de la jeune fille se fortifia rapidement et, depuis, on n'eut jamais de crainte pour sa poitrine. L'excellent praticien qui l'avait guérie ajoute : « Je pourrais citer plus de 20 cas de ce genre chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, dont les règles ont reparu ici, en déchargeant par ce fait d'autres organes exceptionnellement congestionnés. »

C'est en m'appuyant sur ces faits et sur l'autorité de ce médecin, que consulté en 1896, pour une jeune fille de 14 ans, non encore formée, et dont l'état général faisait croire à une affection de poitrine, je n'hésitai pas, après l'avoir examinée, à conseiller les eaux de Bourbonne. J'avertis les parents que probablement la menstruation se produirait vers le milieu du traitement, c'est-à-dire vers le douzième ou le treizième jour. J'avoue que je ne pensais pas si bien dire : le onzième jour, en effet, les règles apparaissaient sous la douche. La santé s'améliora dès lors rapidement.

La même année, deux jeunes filles très intéressantes m'ont été adressées. Il s'agissait de cas un peu plus délicats. Voici résumées les observations :

Mlle G., de B. (Aisne) m'est envoyée par son médecin avec cette recommandation : Jeune personne de 17 ans, chloro-anémique depuis longtemps, nerveuse, neurasthénique. Il hésitait à me l'envoyer, parce qu'elle lui paraissait affectée d'une légère congestion du poumon droit. Ayant interrogé la malade, j'appris que, réglée à 12 ans, elle avait vu ses règles se supprimer deux années après, à la suite d'une grande frayeur. Comme elle était descendue à la nuit, dans la cave de la maison, pour y chercher quelque objet, un mauvais plaisant ne trouva rien de mieux que

de tirer un coup de pistolet à blanc par le soupirail. La menstruation, qui se trouvait être alors en pleine période, s'arrêta brusquement et ne reparut plus. Dès ce moment, on vit survenir tout le cortège des phénomènes neurasthéniques, chloro anémiques, etc. La malade en était arrivée bientôt à ne plus pouvoir marcher, à ne plus pouvoir dormir et à ne s'alimenter que très incomplètement. C'est en désespoir de cause et après avoir essayé tous les moyens, que le médecin traitant l'avait envoyée à Bourbonne. A l'examen, il est facile de reconnaître des symptômes non douteux d'hystérie. J'instituai le traitement thermal. Après une saison de 25 jours, l'état général se trouva considérablement amélioré, la malade commençait à sortir à pied, reprenait de l'appétit, et le sommeil, autrefois très agité, était devenu plus calme, plus réparateur. Mais les règles n'étaient pas revenues. Je conseillai un repos d'un mois suivi d'une seconde cure et au milieu de ce second traitement, la menstruation se produisit. Cette jeune personne a quitté la station, je puis dire complètement guérie. Elle faisait de longues promenades, courait avec ses frères, avait bon appétit et dormait bien. Quant à la congestion du poumon, il n'en existait plus trace. La guérison s'est maintenue.

La seconde observation est celle où je n'ai obtenu qu'un résultat partiel. Elle a trait à une vieille fille de 23 ans, d'esprit plutôt faible, chez laquelle il me fut impossible d'obtenir un traitement régulier.

Mlle L., de M. (Côte-d'Or), a eu ses règles vers 16 ans une seule fois, et elles n'ont plus reparu. Comme dans le cas précédent, il existe chez elle des symptômes d'hystérie, mais ce qui domine, ce sont les troubles intellectuels : grande difficulté pour coordonner deux idées, ce qui est pour elle un effort qui la fatigue beaucoup, vertige presque constant ; on ne peut obtenir que très difficilement qu'elle sorte. Le corps est aussi paresseux que le cerveau. Elle fait une cure de 30 jours. Comme résultat, on constate une amélioration notable de l'état général, amélioration qui n'a fait que s'accroître par la suite, mais la menstruation a fait défaut ; tout s'est borné à quelques phénomènes douloureux de congestion du côté du petit bassin. Une seconde saison est proposée, mais n'est pas acceptée. J'ai revu cette malade un an plus tard ; elle

avait conservé tout le bénéfice du traitement au point de vue de la santé générale, mais l'aménorrhée persistait.

En 1897, 3 jeunes filles aménorrhéiques ont été confiées à mes soins.

Mlle B., de L. (Haute-Marne), est une enfant de 13 ans, non formée, d'aspect maladif; elle est maigre, pâle, nerveuse, ne dormant presque pas, refusant de manger, d'une irritabilité de caractère excessive, battant sa gouvernante, etc. Ses parents, ne sachant qu'en faire, l'ont envoyée à Bourbonne espérant que le changement d'air lui serait profitable et la calmerait un peu. Elle me fut amenée : je lui fis suivre un traitement pendant un mois en en surveillant attentivement les effets. Avant la fin de la cure, les règles apparaissaient normalement, sans douleur. L'état général s'améliora rapidement. Sa mère, qui vint la chercher, constata avec un certain plaisir la transformation de caractère survenu chez sa fille.

Mlle M., âgée de 17 ans, habite aussi la ville de L. Son cas est absolument le même que celui qui est rapporté par Causard et que j'ai cité au début de cette communication. Elle m'est amenée par sa mère qui, devant l'absence de menstruation et à divers symptômes, craint qu'elle ne soit tuberculeuse. Après un examen attentif qui ne me révéla rien qui pût justifier les craintes de cette dame, je conseillai une cure qui fut acceptée. Le traitement ne fut que de 20 jours, la famille ne pouvant disposer d'un temps plus long à mon grand regret, car j'estime que les traditionnels 21 jours sont le plus souvent tout à fait insuffisants. Le traitement fut très bien supporté, l'état général en retira un grand bénéfice. Les règles n'apparurent qu'un mois plus tard, normalement. La santé de cette jeune fille s'est depuis raffermie. Tout dernièrement, une lettre des parents, complètement rassurés, m'exprimait leur joie et leurs remerciements. Il est probable que, dans ce cas, le résultat eût été plus prompt, si, comme je l'avais demandé, on avait prolongé la cure d'une dizaine de jours.

La dernière observation est plus curieuse. Mlle F., de Paris, a 24 ans. Elle n'a eu ses époques qu'une seule fois, à 16 ans. Depuis, plus rien, aucun phénomène du côté du petit bassin. Mais on ne tarde pas à constater chez elle un développement anormal du tissu

adipeux ; en même temps et concurremment, le corps s'alourdit et l'intelligence, qui était bien au-dessus de la moyenne, se refuse à tout travail et à toute occupation. Cette jeune personne en arrive à être incapable du moindre effort intellectuel ou physique, elle passe ses journées étendue sur un canapé ou sur son lit. On éprouve les plus grandes peines pour l'obliger à sortir, elle oppose une force d'inertie insurmontable. Seul l'appétit est resté bon. Quand je la vois, son poids est de 100 kilos net, elle a l'aspect masculin, le système pileux est très développé. L'état général est tel que je viens de le dépeindre avec, en plus, des symptômes caractérisés d'hystérie. J'institue dès le début un traitement énergétique qui dure un mois. Au bout de ce temps, un amaigrissement notable s'est produit : le poids n'est plus que de 90 kilos. L'intelligence est capable de quelques efforts, la malade a moins de peine à suivre la conversation, elle peut y prendre part quelque peu ; de petites promenades sont possibles. De plus, à deux ou trois reprises, sont apparus des phénomènes non équivoques du côté de l'appareil utéro-ovarien ; une fois même, après une crise douloureuse assez violente, on put constater un écoulement légèrement teinté. Je conseillai alors un repos d'un mois pendant lequel la malade prendrait le plus d'exercice possible, puis une seconde cure, ce qui fut accepté. Pendant le second traitement, moins intense que le premier, les mêmes phénomènes utéro-ovariens se produisirent, mais beaucoup plus accentués, très douloureux ; la menstruation cependant ne parut pas. Le poids n'avait guère diminué que de 2 kilos, mais l'état général était meilleur, l'intelligence bien plus lucide. De retour à Paris, la malade continua à prendre de l'exercice. Et il y a quelques semaines, je recevais sa visite ; elle venait m'apprendre elle-même que ses règles étaient revenues après une crise extrêmement douloureuse. Elle est partie depuis à la campagne où, je l'espère la guérison va se confirmer.

Telles sont les observations que je voulais signaler à l'attention des médecins, en particulier aux gynécologues et aux pædiâtres.

Dans le *Traité de Gynécologie* qu'ils viennent de publier, ouvrage si bien compris et destiné à rendre des services considérables aux praticiens, MM. Labadie-Lagrave et Legueu parlant du traitement hydro-minéral de l'aménorrhée et de la dysménorrhée,

citent plusieurs stations sans faire mention de Bourbonne-les-Bains dont les eaux ne leur semblent indiquées que dans les cas de métrite chronique et les manifestations génitales du rhumatisme. Les observations que j'ai rapportées paraîtront, je l'espère, assez probantes pour les faire revenir à une meilleure impression sur cette station à laquelle il manque surtout d'être plus connue.

Outre l'aménorrhée, les eaux de Bourbonne sont aussi une indication pour les jeunes filles mal réglées, dysménorrhéiques, arthritiques, avec manifestations migraineuses ou névralgiques.

M. MASBRENIER : Déformations de la tête fœtale et absence de ballottement céphalique dans un cas de présentation du siège avec oligo-amnios. (Service de M. le Dr Porak.)

N° 937, primipare, âgée de 21 ans, domestique, entre le 25 avril à la Maternité, dans le service de M. Porak.

A. *héréditaires*. — Père mort d'une fluxion de poitrine.

A. *personnels*. — La femme ignore à quel âge elle a marché. Elle a été réglée à 12 ans 1/2 et n'a jamais été malade.

Les dernières règles datent du 3 août.

Evolution normale de la grossesse.

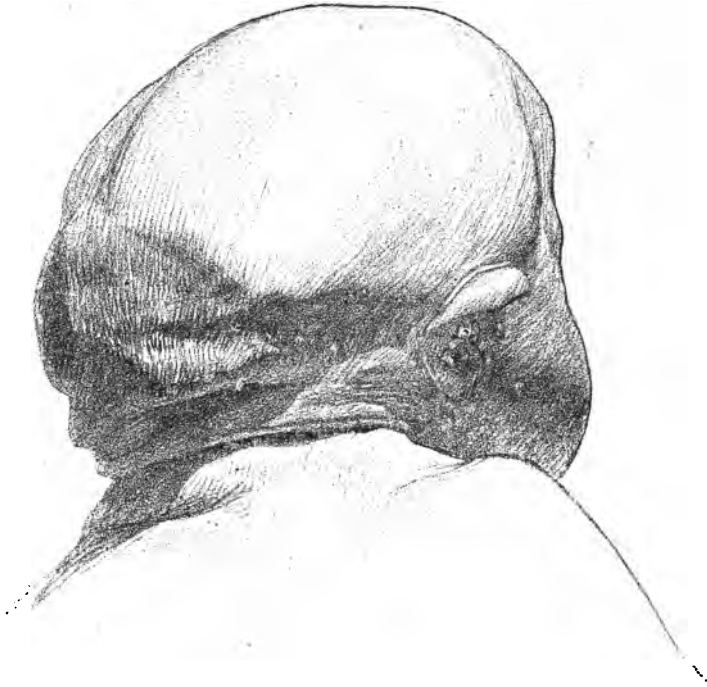
A l'entrée de la malade, le diagnostic du siège décompleté mode des fesses est porté avec des réserves, car on ne sent pas de ballottement céphalique. Le liquide amniotique semble faire presque totalement défaut.

Le 1^{er} mai, la malade est prise de douleurs dans l'après-midi. A 5 heures, évacuation de liquide en très faible quantité. Aucune partie fœtale n'est plus appréciable au palper. Au toucher, on confirme le diagnostic de présentation du siège en sacro-iliaque gauche. A 10 heures 45, le siège apparaît à la vulve, l'accouchement est terminé par la manœuvre de Mauriceau.

Enfant du poids de 3420 grammes, ne respirant pas. On pratique l'insufflation et la respiration artificielle. L'enfant, ranimé au bout d'une 1/2 heure, est mis en couveuse.

Il présente une asymétrie crânienne prononcée. Le bord supérieur du pariétal gauche est refoulé sous le pariétal droit. Ce der-

nier est plus convexe que le gauche. Au-dessous de l'oreille droite existe une dépression notable, semblant correspondre à la saillie de l'épaule du même côté qui peut s'y loger exactement, attitude qui semble avoir été celle du fœtus pendant la grossesse et qui explique l'absence de ballottement céphalique.



Les jours qui ont suivi la naissance, la tête de l'enfant s'est arrondie. Ainsi les diamètres antéro-postérieurs sont restés les mêmes à dix jours de distance, à savoir l'occipito-frontal 12 cent. 1/2, et l'occipito-mentonier, 13 cent. 1/2, le sous occipito-bregmatique 10 cent. 1/2, tandis que le bi-pariétal passait de 9 cent. 1/2 à 9 cent. 8 et le bi-temporal de 8 cent. 1/2 à 8 cent. 9.

Discussion :

M. BUDIN. — Ces déformations sont assez rares. J'en ai observé un cas, dans lequel le liquide amniotique était très peu

abondant. La tête appuyait sur l'épaule qui s'enfonçait dans le crâne. J'ai vu aussi, chez une femme qui avait très peu de liquide amniotique, un fœtus dont les membres inférieurs étaient relevés sur la poitrine : Un pied se logeait sous le rebord inférieur des côtes et y marquait sa dépression. Dans le cas de M. Masbrenier, le siège était-il très engagé ?

M. PORAK. — Non.

M. MASBRENIER : Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un enfant mort au 3^e jour et ayant présenté des accès de cyanose. (*Service de M. le Dr Porak.*)

La nommée G., italienne, 30 ans, sans profession, entrée le 5 mai, à 10 heures du soir, à la Maternité, accouche quelques minutes après son entrée d'un enfant du sexe féminin pesant 2450 gr.

La mère, réglée régulièrement depuis l'âge de 19 ans, ne présente aucun antécédent pathologique ; c'est une primipare. Les dernières règles remontent au 8 août.

L'enfant, née vivante, mais présentant de la dyspnée, est prise, cinq minutes environ après la naissance, d'un accès de dyspnée. On la frictionne à l'alcool et on enlève des mucosités. Elle prend avec difficulté une faible quantité de lait et expulse du méconium.

Le 6 mai au matin l'enfant est mise en couveuse ; on lui donne toutes les deux heures 10 gr. de lait, qui sont avalés très difficilement.

Le 7, à 4 heures du matin, nouvel accès de cyanose ; les mouvements respiratoires se ralentissent, des râles deviennent perceptibles. On fait respirer à l'enfant de l'oxygène, on lui donne un bain chaud et on aspire les mucosités à l'aide du tube laryngien. On pratique enfin la respiration artificielle et à ce moment on constate que les battements cardiaques ont leur siège à droite du sternum.

L'enfant succombe en dépit des efforts faits pour le ranimer. L'autopsie permet de constater une inversion des viscères thoraciques et abdominaux.

Le tronc brachio-céphalique gauche est vertical, tandis que le droit est horizontal.

L'aorte naît à droite et en arrière de l'artère pulmonaire, passe à sa gauche et descend à gauche de la colonne vertébrale. Elle donne naissance à un tronc brachio-céphalique droit, à une sous-clavière gauche et à une carotide primitive gauche.

Les pneumogastriques passent, le droit en avant de la sous-clavière droite sous laquelle passe le récurrent correspondant ; le gauche en avant de la crosse aortique sous laquelle passe le récurrent gauche.

L'artère pulmonaire naît à gauche et en avant de l'aorte, passe devant elle et se place à sa droite, puis émet deux branches :

Le canal artériel est invisible.

Le ventricule gauche, dont naît l'artère pulmonaire, est plus épais que le droit ; sa cavité est plus petite. Le ventricule droit dont naît l'aorte a des parois plus minces. Le trou de Botal est fermé par une valvule suffisante. L'oreillette gauche reçoit les deux veines caves.

Le poumon est à gauche comme à droite divisé en trois lobes.

Le diaphragme ne présente rien d'anormal.

L'estomac a sa grande courbure tournée vers la droite.

Le cœcum est placé du côté gauche.

La rate est à gauche appliquée contre la grosse tubérosité de l'estomac, le pancréas a sa tête à gauche.

Le foie a son lobe le plus volumineux et sa vésicule biliaire du côté gauche.

DOLÉRIS: Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. — Laparotomie ; extraction du fœtus et du placenta indépendant. — Guérison.

Le 24 avril 1898, se présentait à la consultation une femme de 32 ans, envoyée, sans aucun renseignement, par deux médecins des environs de Paris, le Dr Fleur, de Montereau, et le Dr Bonne-maison, d'Egreville.

En l'interrogeant rapidement, on apprit que ses règles jusqu'à normales étaient apparues pour la dernière fois en mai 1897. Dans la première quinzaine de juin, elles eurent lieu, mais peu

abondantes, différant des règles ordinaires en quantité et en qualité. Les seins avaient augmenté de volume ; un vomissement, un seul, sans état nauséux persistant, était survenu au début de juin. Dès la suspension des règles, la malade eut des douleurs dans l'abdomen, douleurs persistantes quelquefois très vives, d'autres fois supportables, siégeant toujours dans le bas-ventre. On pensa à ce moment à un début de grossesse. Le 7 novembre, 6 mois après, ayant mangé comme à l'ordinaire, la malade se couche et s'endort, lorsque subitement, vers 11 h. du soir, elle est prise d'une douleur effroyable, très violente, siégeant au niveau du creux épigastrique ; la patiente, anxieuse, était couverte de sueurs froides. Cette première douleur passée, d'autres lui succédèrent par intermittences, tous les quarts d'heure. Les souffrances durèrent 3 jours et 3 nuits, puis peu à peu se calmèrent. Cinq ou six jours après, la malade qui avait été forcée de garder le lit, put se lever ; mais ce n'est qu'un mois après qu'elle put vaquer à ses occupations : elle ne souffrait plus. Son ventre, à la suite, parut moins volumineux, sembla s'être modifié dans sa forme et « être descendu ». En janvier 1898, la malade, eut une perte de sang qui dura 8 jours ; d'abord, elle perdait des caillots et du sang liquide, un peu plus tard, dans le sang, elle remarqua des débris de membrane.

Ce furent là les renseignements rapides qu'on put recueillir avant l'examen.

Examen de la malade. — A l'examen, on voit le ventre distendu comme au 7^e ou 8^e mois de la grossesse. On constate sur la paroi antérieure de l'abdomen une ligne brune verticale très accentuée. A la palpation, on sent une tumeur irrégulière, transversale, bosselée, ayant la consistance d'un fibrome avec des parties nodulaires, un peu mobiles dans la région hypogastrique, s'accentuant vers l'hypochondre gauche. La partie située sous les fausses côtes gauches donne une sensation de craquement parcheminé. Dans la région hypogastrique, la tumeur est plus uniforme et beaucoup moins dure, presque rénitente. Au-dessous de la ligne ombilicale, le ventre est répressible et on sent une deuxième tumeur qui remplit l'excavation, dépasse le détroit supérieur légèrement et semble nettement séparée de la première. Dans la fosse iliaque droite, une saillie pointe vers le tégument et dépasse le ligament de Fallope de trois travers de doigt. Elle

paraît cylindroïde de forme et accolée exactement à la masse intra-pelvienne dont elle semble faire partie. Il faut un palper fort délicat pour percevoir cette disposition. Néanmoins, cette particularité attire l'attention.

Au toucher, le col est situé tout à fait derrière la branche ischio-pubienne droite, très haut, assez mou, très court, et il semble se diriger vers la droite comme si l'utérus était déjeté de ce côté. Le palper combiné au toucher permet de sentir à nouveau un corps dépassant de 3 travers de doigt la branche horizontale du pubis et qui paraît être le corps de l'utérus peu volumineux et faisant suite au col. En arrière, le cul-de-sac de Douglas est rempli par une tumeur rénitente et élastique. L'hystérométrie, fort difficile à pratiquer, vu l'élévation et la déviation du col, confirme la direction de l'utérus à droite ; la cavité est vide et mesure 9 cm. 5. Les seins contiennent du lait en abondance ; il y a des tubercules de Montgomery.

Le diagnostic probable est : grossesse extra-utérine et tumeur pelvienne, fibrome probablement. La séparation nette et l'indépendance des deux masses semblait justifier un tel jugement.

On chercha alors, par un interrogatoire plus approfondi, les antécédents de la malade, on prit des renseignements auprès de ses médecins.

Antécédents héréditaires. — Rien n'est à noter dans ses antécédents héréditaires. La malade a encore son père et sa mère, tous deux sont bien constitués et se portent bien. On ne relève aucune tare dans la famille. Elle a deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade eut une fièvre typhoïde à 15 ans. Elle fut réglée à 17 ans, régulièrement ; mariée il y a huit ans, à 24 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches. C'est une nerveuse, une irritable, mais sans crises, sans troubles de la sensibilité.

Son mari est bien portant.

Son médecin, le Docteur Bonnemaïson, nous fournit les renseignements suivants : Il alla voir pour la première fois la malade, le 10 juillet, elle se plaignait de vomissements, de coliques ; il conclut à un début de grossesse. Il fut rappelé auprès d'elle le 9 novembre, c'est-à-dire 4 mois après. Il craignit une fausse couche : au toucher, il sentit le col légèrement dilaté, mais ne constata

aucun écoulement de mucosité ou de sang. A l'auscultation du fœtus, il entendit les bruits du cœur, à droite et au-dessous de l'ombilic. Sa résidence étant assez éloignée de celle de la malade, il conseilla à celle-ci d'envoyer chercher une sage-femme. Nous savons ce qui se passa : les douleurs abdominales cessèrent après 3 jours et 3 nuits, sans fausse couche. Au mois de mars dernier, on vint dire au D^r Bonnemaïson que le ventre, au lieu d'augmenter, avait beaucoup diminué de volume. Le 11 avril, après examen, le Docteur conclut à la présence d'un « fœtus dans le ventre » de la malade et lui conseilla d'aller se faire opérer.

Opération. — L'opération fut faite par M. le Docteur Doléris, le 27 avril.

Une incision médiane partant de l'ombilic et allant jusqu'au pubis met à nu une tumeur volumineuse. Cette tumeur s'étend transversalement et un peu obliquement du flanc droit à l'hypochondre gauche. Elle est voilée par l'épiploon et adhérente à la paroi abdominale et à quelques anses intestinales. Après dégagement rapide des adhérences, on tombe directement sur la masse qu'on n'a pas de peine à reconnaître pour le corps d'un fœtus assez volumineux, reposant directement sur le paquet intestinal et enveloppé étroitement par l'épiploon en avant, sans qu'aucune paroi adventice limite une cavité kystique quelconque. Dans l'hypochondre gauche, on trouve la tête fœtale. Cette tête est enveloppée d'une membrane blanc opaque qui la recouvre comme un voile ; et à cette membrane adhérent, par de nombreux tractus plus ou moins volumineux et longs, l'épiploon et les anses intestinales environnantes. Pour isoler la masse fœtale, il faut détacher l'épiploon, le relever, il faut détruire à la main les adhérences qui d'ailleurs se détachent facilement au niveau de leur insertion fœtale, laissant, après leur rupture, des tractus et des logettes au sein desquelles sont collectés des amas gélatineux rosés. De nombreux capillaires saignent au niveau des points adhérents. La libération de la tumeur fœtale est menée rapidement sans l'aide de pinces. La tête est soulevée, à son tour, les adhérences détachées au fur et à mesure ; on arrive à extraire un fœtus volumineux.

Sa position était légèrement oblique, la tête dans l'hypochondre gauche, au niveau des fausses côtes, le dos en avant, les avant-bras fléchis sur les bras et croisés sur la poitrine, les membres

inférieurs fléchis et croisés absolument dans la situation normale d'un fœtus dans la cavité utérine.

Le cordon passe sous l'aisselle, longe le membre inférieur droit et va s'attacher sur une seconde tumeur intra-pelvienne dans laquelle il pénètre au travers d'un orifice étroit et disparaît. Il est libre dans son court trajet du fœtus à la masse tubo-placentaire ; il a l'épaisseur d'un centimètre et demi environ. Le cordon est coupé, le fœtus enlevé.

Reste cette grosse tumeur isolée de la première, globuleuse, arrondie, à paroi grisâtre, enclavée dans le petit bassin, adhérente à l'utérus, au rectum, à la paroi pelvienne, ayant délogé et rejeté l'utérus fortement à droite et en haut. On en fait la ponction, il ne s'en écoule qu'une matière boueuse d'abord, ensuite demi-liquide, rougeâtre. La paroi de cette tumeur est friable, les pinces n'en peuvent saisir et maintenir le tissu qui s'effrite et se déchire. La seule ressource est de détruire les adhérences et de l'enlever. Cette manœuvre est pénible et assez longue, elle a nécessité le décollement de la masse d'avec toute la surface de l'excavation, en clivant, avec les doigts, les couches membraneuses qui en constituent les parois. Le dégagement se fait entièrement du côté droit ; du côté gauche on reconnaît que la masse adhère à la corne utérine, mais en continuant le décollement, au lieu d'aboutir à la constitution d'un pédicule, on assiste à la libération entière de la masse par suite de la déchirure de l'attache friable de son insertion sur la corne gauche de l'utérus. Il apparaît nettement que c'est l'origine de la trompe sur l'utérus qui s'est rompue. Du côté droit les annexes sont intactes, mais déformées, oblitérées, enveloppées d'exsudats. A gauche, l'ovaire n'existe pas, confondu qu'il est avec la masse tubo-placentaire. On fait l'ablation des annexes à droite et on applique une double suture à gauche : l'une sur le ligament infundibulo-pelvien, l'autre sur la corne utérine. L'utérus est laissé en place.

Il est visible, en considérant la tumeur enlevée si péniblement, que l'on est en présence de la trompe, aux parois énormément épaissies, fixée par un matelas d'adhérences et contenant la masse placentaire ; la pénétration du cordon dans cette masse se fait à droite, en bas, et en arrière par une ouverture très restreinte qui représente la déchirure de la tumeur tubaire par où s'est échappé, dans l'abdomen, le fœtus enveloppé d'une partie de ses

membranes. La rupture a dû se faire vers la fin du 4^e mois.

On fait la toilette du péritoine ; on résèque au thermocautère toutes les fausses membranes qui pendent de la face péritonéale des viscères et de la paroi. La partie inférieure du grand épiploon, qui était très adhérente et reposait sur le fœtus, est réséquée après suture en chaîne. Les surfaces cruentées et saignantes sont rapidement touchées au thermocautère. Pas de drainage. On suture la paroi abdominale par 3 plans : deux profonds (péritoine — muscles et aponévrose) au catgut, en surjet — un autre plan cutané au crin de Florence.

L'opération a duré 50 minutes.

Les suites opératoires furent régulières. Actuellement la malade se porte très bien.

N.-B. — Elle est sortie entièrement guérie le 29 mai.

EXAMEN DES PIÈCES : *Fœtus*. — Le fœtus, dont le poids est de 2 kg. 20 gr., est étroitement enveloppé dans une coque formée par les membranes fœtales, chorion et amnios. Le liquide amniotique s'étant résorbé, cette membrane d'enveloppe mince, unie, grisâtre, se moule exactement sur le fœtus et le voile pour ainsi dire d'une couche vernissée adhérente, cassante, en passant en pont au niveau des dépressions, des plis de flexion des membres, de sorte que les formes ne sont qu'indiquées vaguement ; aucun détail n'est apparent. — La face externe de cette membrane présente çà et là des tractus qui sont le reliquat des adhérences avec les parties voisines. La face interne est lisse. Cette membrane se continue sur le cordon.

L'enfant, du sexe féminin, est long de 0 m. 42 centimètres (0,17 cm. pour les membres inférieurs ; 0,25 cm. pour le tronc). La tête est aplatie dans le sens du diamètre bipariétal et la partie droite est presque plane. Elle était en rapport avec la portion latérale ascendante et curviligne gauche du diaphragme. Cette partie déformée de la tête forme vers le *bregma* une saillie qui était perçue à la palpation dans l'hypochondre gauche ; et c'est le chevauchement des os à ce niveau qui donnait la sensation de craquement qu'on avait perçu à l'examen de la malade. Les dimensions sont : pour le diamètre sous-occipito bregmatique 0,9, pour le diamètre bipariétal 0,7, pour le diamètre bisacromial 0.11.

Rien de particulier n'est à signaler pour les autres parties fœ-

tales. Les cheveux sont abondants, le corps est pourvu d'un léger duvet, les ongles sont poussés jusqu'au niveau de l'extrémité des doigts. On ne remarque aucune malformation. Aucune amputation, congénitale, n'existe malgré l'application exacte de l'enveloppe amnio-choriale sur les membres; mais il faut dire aussi que cette adhérence a dû suivre la mort de l'enfant et la résorption du liquide amniotique.

Cordon. — Le cordon est court, grêle; il passe sous l'aisselle du fœtus. Il est long de 0 m. 11 c. dans la partie libre.

Trompe. Masse placentaire. — La masse tubo-placentaire est du poids de 500 grammes. Elle est sphéroïde et les 3 dimensions différentes sont : 0 m. 12 c. — 0 m. 10 c. — 0 m. 8 c. Elle est enveloppée par un feutrage de fausses membranes.

Une section de la masse faite suivant l'axe de pénétration du cordon montre que, de celui-ci, partent des vaisseaux qui se dispersent dans toute l'épaisseur de la tumeur.

Celle-ci est formée d'abord de la couche d'adhérences sus-indiquée, puis d'une paroi organisée épaisse de trois à quatre millimètres, d'aspect musculaire — enfin d'une masse charnue épaisse, au centre de laquelle, un peu plus près du point d'implantation du cordon que du pourtour de la masse, une cavité pouvant loger une grosse noix et rempli de caillots.

Des coupes histologiques pratiquées sur divers points montrent que la paroi adventice est formée d'exsudats fibreux organisés. La paroi propre de la tumeur n'est autre que la paroi tubaire épaissie, hypertrophiée, creusée de larges canaux vasculaires. Sur la face interne de cette paroi viennent se greffer des villosités chorales de structure normale.

La coupe dans son ensemble retrace la disposition de l'implantation du placenta sur la surface de l'utérus gravide.

Réflexions. — Le cas qui fait le sujet de cette communication est le 3^e d'un genre analogue à ceux que j'ai déjà relatés devant la Société obstétricale et gynécologique et le quatrième qu'il m'a été donné d'observer et d'opérer. Il s'agit de grossesse extra-utérine abdominale *ancienne*, avec fœtus amené à terme ou près du terme.

Celui-ci diffère des précédents en ce que le fœtus n'était en aucune façon enkysté dans une poche adventice distincte capable

de l'isoler des viscères abdominaux. Après avoir fait irruption dans le ventre, au moment de la rupture de son kyste tubaire initial, entouré de son enveloppe amniotique, il a continué à vivre et à se développer au milieu des anses intestinales en restant relié par l'intermédiaire du cordon ombilical, au placenta. Celui-ci, de son côté, a poursuivi isolément son accroissement dans le kyste primitif tubaire situé dans l'excavation pelvienne.

L'existence d'un tel état de choses ne rendait possibles ni la marsupialisation d'une poche fœtale qui n'existait pas, ni par conséquent l'abandon de l'élimination du placenta à l'effort spontané ou à des manœuvres ultérieures pratiquées par la fistule marsupiale.

Il a fallu se résoudre délibérément à l'extraction de la tumeur tubo-placentaire, malgré les difficultés prévues et les dangers inhérents à ces sortes d'opérations. Malgré les obstacles et la perte de sang, d'ailleurs modérée, la marche de la guérison n'en a pas été entravée.

DOLÉRIS. — Prolapsus congénital combiné à l'allongement hypertrophique de l'utérus et spina-bifida chez le nouveau-né.

L'observation et la pièce anatomique qui font le sujet de ce travail sont d'une extrême rareté. On en connaissait en février 1897 six cas.

A cette époque parut en Amérique un intéressant mémoire de MM. Ballantyne et Thomson, dans lequel deux nouveaux faits sont rapportés.

Depuis, j'ai trouvé une neuvième observation publiée dans le *Münchener. med. Woch.*, n° 2, 1898, par Radwansky.

Celle-ci serait donc la dixième, si on se tient aux seules recherches bibliographiques qui paraissent avoir été très soigneusement faites par les auteurs précédents.

Toutes les observations publiées sont identiques sur un point : la coïncidence du prolapsus utérin et du spina bifida.

Elles sont dissemblables par d'autres côtés. En ce qui concerne la déviation utérine elle-même, on a noté tantôt le prolapsus seul, tantôt l'hypertrophie du segment cervical isolée. Il a été peu fait mention de l'association des deux lésions.

Enfin, si les auteurs se sont attachés à rechercher une étiologie rationnelle de ces troubles, je ne pense pas que le sujet ait été épuisé sur bien des points, ni qu'on en ait tiré tout le profit désirable au point de vue gynécologique proprement dit.

Le vendredi 18 mars, on amène à la consultation un enfant né le matin, à terme, par le siège. Il est du sexe féminin, et présente des malformations multiples.

1° Une tumeur siégeant à la région lombaire, paraissant avoir été du volume d'une petite orange, mais actuellement flétrie et réduite à son enveloppe. Celle-ci est constituée par la peau, d'aspect normal dans la région où elle se continue, avec le tégument de la région lombaire, mais très amincie et même ulcérée dans la partie qui formait le sommet de la tumeur. Elle présente, de plus, en cet endroit, de petites saillies papuleuses vasculaires, dont une surtout bien développée a les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Il s'écoule de la tumeur, pendant les cris de l'enfant, un liquide roussâtre, quelquefois du sang pur, par gouttelettes.

En tendant la peau, on peut avoir une idée de la forme primitive qui devait être globuleuse, rattachée par une partie plus étroite à la région lombaire dont elle occupe la ligne médiane.

On sent au-dessous d'elle les arcs vertébraux incomplets, produisant de légers craquements pendant les cris de l'enfant.

Il s'agit d'un *spina-bifida* lombo-sacré type (myélo-méningocèle) en voie de sphacèle sur certains points.

2° L'anus est difforme, il a plutôt la forme d'une fente antéro-postérieure béante. La muqueuse ano-rectale forme un bourrelet saillant à l'intérieur.

3° La vulve, normalement conformée, est entr'ouverte. A chaque cri de l'enfant, on voit descendre une petite masse rougeâtre du volume d'une noisette, lisse, qui tend à faire saillie au dehors, mais qui remonte légèrement dans l'intervalle des cris, on peut, du reste, la réduire avec le doigt.

On n'a pas de peine à reconnaître qu'il s'agit du col de l'utérus allongé et énormément hypertrophié, très vasculaire, avec son orifice transversal agrandi, bordé par la muqueuse intra-cervicale en ectropion.

4° Deux pieds bots en varus équin, l'équinisme étant très peu prononcé.

On ne pouvait songer à une intervention immédiate, vu l'inflammation probable du kyste ouvert sur plusieurs points. La complexité des lésions qui dénotait un trouble profond des fonctions trophiques et motrices de la région inférieure du sujet ne laissait d'ailleurs pas grandes chances de succès.

Pansement à la poudre d'acide borique sur le spina-bifida, avec un pansement légèrement compressif.

21 mars. — Les parents renvoient l'enfant à l'hôpital, réclamant une intervention.

Il est dans le même état, à ceci près que le prolapsus utérin est complet.

On voit, en effet, sortir de la vulve, la tumeur cervicale arrondie plus volumineuse que la veille, en forme de battant de cloche, infiltrée et turgide. Une saillie circulaire du vagin l'entoure comme un anneau, de coloration moins vive.

Par la palpation pratiquée à la racine de la tumeur profondément, on sent un corps cylindroïde ferme, qu'on reconnaît pour être l'isthme de l'utérus ou le segment du corps immédiatement situé au-dessus de lui.

Le diagnostic semblait pouvoir être ainsi formulé :

Prolapsus utérin et colpocelle, avec énorme hypertrophie du col entouré circulairement par les parois vulvaire et vaginal inférieure éversées et herniées, vagin et culs-de-sac conservant leur siège normal.

La lésion, l'autopsie l'a démontré plus tard, était plus complexe en réalité, puisqu'au prolapsus et à l'hypertrophie du museau de tanche, s'ajoutait l'allongement atrophique de tout le segment vaginal du col, combinaison plus rare encore que les deux anomalies qui la constituent et qui, elles-mêmes sont d'une extrême rareté.

On constate que les membres inférieurs sont dans un état de flaccidité complète, les articulations jouent dans tous les sens, le chatouillement et le pincement n'éveillent aucun réflexe, les membres restent immobiles.

L'enfant meurt la nuit suivante.

Les renseignements sur les parents sont très incomplets ; on sait seulement que le père boit beaucoup d'absinthe et que la mère est déjà accouchée d'un enfant normal actuellement vivant.

DÉTAILS DES LÉSIONS RÉVÉLÉES PAR L'AUTOPSIE.

M. Tintrelin, externe bénévole du service, s'est appliqué à faire de la pièce une dissection minutieuse.

Sur sa préparation les détails suivants ont pu être rigoureusement notés :

Le bassin tout entier est dépouillé de ses parties molles extérieures, la vessie a été rejetée à gauche et le rectum à droite, ainsi que le montre la reproduction photographique de la pièce.

1° *Spina-bifida*. — La poche étant ouverte, on voit les nerfs de la queue de cheval se terminer en se pénétrant sur la paroi de la tumeur.

L'orifice osseux du spina-bifida est elliptique, allongé de haut en bas et occupe la partie postérieure des deux dernières vertèbres lombaires et de la première sacrée.

Les arcs vertébraux sont détruits et, à cet endroit, la colonne vertébrale a subi un mouvement de flexion qui donne un angle sacro-vertébral postérieur de 45° environ d'écartement ; les mesures relevées ont donné pour l'orifice osseux d'où émerge la tumeur :

Hauteur.....	28 millimètres.
Largeur.....	14 millimètres.

2° *Bassin*. — A la vue, le bassin paraît largement évasé, profond, d'aspect infundibuliforme ; la symphyse pubienne est remontée et regarde en haut et en avant.

Les mensurations ont donné les chiffres suivants :

Grand bassin.

Entre les épines iliaques antéro-sup... 46 m. m.

Détroit supérieur.

Diam. A. P. Promonto sus-pubien.....	40 m. m.
Diam. transverse.....	35 m. m.
Diam. oblique.....	33 m. m.

Détroit inférieur.

Diam. A. P.....	35 m. m.
Du fond du cul-de-sac de Douglas à l'angle sacro-vertical le diamètre vertical mesure.....	47 m. m.

3° *Organes pelviens*. — L'examen de la cavité pelvienne permet de constater que le corps de l'utérus bien développé et d'une longueur de 15 mm. environ a glissé dans le fond de l'excavation ; il est recouvert en entier par la vessie.

Celle-ci occupe sa situation normale au-dessus de la symphyse ; elle est maintenue par l'ouraque et par ses ligaments antérieurs propres, intacts. Son volume paraît augmenté ; ses parois sont très hypertrophiées et épaisses de 2 à 3 mm.

Appareil ligamenteux de l'utérus. — Les ligaments ronds sont forts, résistants, régulièrement cylindriques et apparaissent de couleur blanc nacré sous le péritoine pariétal. Au niveau de l'anneau abdominal du canal inguinal, ils s'effilent et disparaissent sans se prolonger dans l'anneau, comme si le poids de l'utérus les eut attirés vers le bassin ; leur insertion paraît se terminer à la face profonde du péritoine.

Les ligaments larges sont normaux, résistants.

Les ligaments utéro-sacrés se présentent sous forme de deux bandelettes plates, larges de 2 à 3 mm. d'un blanc éclatant, placées de champ contre la paroi pelvienne.

Ils remontent du fond de l'excavation sur les côtés du rectum et viennent se terminer sur le méso-rectum, sans se prolonger jusqu'au corps des vertèbres lombaires, ce qui est leur mode d'insertion terminale ordinaire. Leur terminaison a lieu vers un point correspondant au niveau de la 2^e vertèbre sacrée ; comme pour les ligaments ronds, leur insertion ostéo-aponévrotique fait défaut. Le méso-rectum est allongé et cet intestin lui-même a glissé vers le fond du bassin où sa hernie se dessine extérieurement à l'orifice anal.

Utérus. — Pour la description et les mensurations ci-dessous, la symphyse pubienne a été sectionnée de façon à bien mettre à découvert les 3 portions de l'organe : fond, isthme, col.

De l'extrémité du col à celle du fond, l'utérus mesure une longueur totale de 55 mm.

Corps. — Il est pyramidal à base supérieure ; sa longueur mesure en avant, du cul-de-sac vésical-utérin jusqu'au bord supérieur 15 m.m., en arrière, du fond du cul-de-sac de Douglas au bord supérieur, 23 m.m. ; sa largeur au niveau de l'insertion des trompes, c'est-à-dire d'un angle à l'autre : 15 m.m.

Isthme. — Largeur : 8 à 10 mm.

Hauteur en avant : 12 mm.

Col. — Il forme une pyramide à base inférieure et à sommet supérieur, inverse, par conséquent, de celle représentée par le corps.

Il est formé de 2 portions, une supérieure intra-vaginale, une inférieure extra-vaginale.

La première est cylindroïde.

La seconde, sphéroïdale, présente l'aspect d'un champignon terminal.

La largeur de la portion cylindrique intra-vaginale, de même que son épaisseur, ou pour mieux dire, son diamètre transversal, est de 12 m.m.

La largeur de la portion terminale, située hors de la vulve, est de 28 m.m.

La longueur des deux parties réunies à partir du fornix vaginal jusqu'à l'extrémité libre, mesure dans son ensemble : 28 m.m. ; 18 m.m. pour la portion cylindrique, 10 m.m. pour la portion terminale.

L'orifice externe du col est, transversalement, d'un cent. environ. La muqueuse intra-cervicale est éversée, turgide, suintante. De l'orifice s'écoule un fluide gélatineux rosé. Le canal utérin est perméable dans toute sa hauteur.

Vagin. — Le conduit vaginal est affaissé et raccourci par l'effet du prolapsus. La partie inférieure bombe et fait une saillie légère à la vulve. En tirant l'utérus par en haut, on développe le vagin dans toute son étendue ; la longueur mesure alors : 14 m.m.

Ce simple artifice démontre la coexistence du prolapsus utérin avec l'allongement de l'isthme et du col.

Les rides et les sillons transversaux du vagin sont bien marqués ; les colonnes musculaires longitudinales antérieure et postérieure ne se voient point.

Vulve. — Elle est normalement conformée : grandes lèvres, petites lèvres, hymen annulaire rudimentaire, méat urétral occupant son siège normal.

D^r DUMAS, de Lédignan : **Ventouse mammaire.**

La ventouse mammaire que j'ai l'honneur de vous présenter m'a rendu de vrais services dans les affections suivantes : 1^o vomissements incoercibles de la grossesse ; 2^o débilité chez la jeune fille à l'époque de la puberté ; 3^o chlorose à tous les âges ; 4^o et, enfin, dans le développement rudimentaire du sein, ce que j'appellerai le sein infantile.

Sans entrer dans des considérations physiologiques qu'on trouverait, peut-être, étrangères à mon sujet, il me sera permis de faire observer combien sont profondes, intimes, les sympathies qui unissent les mamelles et les organes génitaux de la femme. Il y a là une corrélation fonctionnelle qui semble bien prouver l'existence de centres trophiques communs, et dont il serait facile de citer de nombreux exemples. Je me bornerai à ceux-ci :

C'est à l'époque de la puberté, quand l'appareil génital entre en scène, qu'on voit le sein soulever la peau en demi-sphère, s'émanciper du milieu où il dormait depuis la naissance.

Désormais, à l'époque des règles, et plus tard pendant la grossesse, on verra le sein refléter tous les phénomènes physiologiques dont le système utéro-ovarien sera le siège.

L'influence réciproque du sein n'est pas moins évidente : toute excitation du mamelon se reproduit aussitôt sur l'appareil génital chez la femme nubile, et plus tard, à l'époque de la ménopause, quelques femmes atteintes de tumeur de la mamelle ont vu leurs règles revenir au moment où des poussées se faisaient dans la tumeur : illusion de la nature qui prend pour un regain de jeunesse ce bourgeonnement morbide. L'instinct, du reste, ne s'y est jamais trompé : On peut affirmer que l'admiration que tout homme éprouve pour une belle gorge ne relève pas toujours d'un sentiment purement esthétique.

Cela admis, ou plutôt rappelé, on est porté à se demander pourquoi on n'a jamais cherché à tirer parti, en thérapeutique, des réactions que ces deux organes, — utérus et sein, — exercent l'un sur l'autre et sur tout l'organisme. A-t-on obéi à ce sentiment de fausse pudeur qui, si longtemps, en France, a fait rejeter les divers procédés de massage génital ? peut-être ; est-ce plutôt oubli, inattention ? j'inclinerais à le croire. Quoi qu'il en soit, le moment me semble venu de demander, sinon à l'utérus, du moins à la mamelle, tous les services thérapeutiques qu'elle peut rendre, et cela sans danger pour elle-même, et sans que la pudeur — je parle de la vraie — puisse jamais se sentir offensée.

Il est bien évident que le moyen employé pour accroître l'irrigation et l'innervation du sein, et mettre ainsi en jeu son action sur l'utérus et par celui-ci sur tout l'organisme, devra être inoffensif pour cet organe, respecter ses fonctions, sa forme, sa beauté. Tel est le problème qui s'impose et que ma ventouse me

semble avoir résolu. Il y a plus, non seulement la beauté plastique du sein n'a rien à craindre de l'emploi de cet instrument, mais dans bien des cas, comme nous le verrons tout à l'heure, il favorise son développement et active, peut-être, sa fonction nourricière.

Cette ventouse, telle que je l'ai réalisée, après de nombreux tâtonnements, se compose d'un corps semi-sphéroïdal destiné à englober le sein et d'une poire aspiratrice pour faire le vide. Le contour inférieur du corps de la ventouse, pour se mouler sur le thorax de la femme, de la femme maigre surtout, ne doit pas avoir la forme d'une circonférence parfaite : la partie qui entoure la demi-circonférence externe du sein doit se prolonger en un arc-de-cercle dont la corde a 0,01 cent. 1/2 environ, afin d'atteindre la paroi du thorax qui, dans ce point, fuit, devient latérale. Sans ce prolongement, l'adaptation de la ventouse sur le thorax serait imparfaite, le vide ne se produirait pas. Il est mieux que la ventouse ait une hauteur telle que, même pendant l'aspiration, le mamelon ne puisse venir frotter sur le fond. Dans ce même ordre d'idées, on se demandera, peut-être, si la ventouse, même éloignée du mamelon, ne pourrait pas, en congestionnant le sein, éveiller chez la jeune fille ce qu'une bonne éducation s'efforce de laisser dormir. Qu'on se rassure, la ventouse produit un peu d'engourdissement du sein, un peu de douleur sur son pourtour, *et rien de plus* ; une jeune femme mariée et une jeune veuve, interrogées sur ce point délicat, ont fait la même réponse.

On peut, dans tous les états que je passerai bientôt en revue, ne faire usage que d'une ventouse dont on coiffe successivement les deux seins, mais il vaut mieux se munir de deux ; outre l'économie de temps, les effets obtenus m'ont toujours paru plus rapides et plus évidents.

Rien à dire sur la poire aspiratrice qui sert à faire le vide.

Il faut cesser l'aspiration dès que la poussée du sein devient douloureuse. J'ai toujours fait appliquer la ventouse le matin, avant le lever, et l'ai laissée en place de 20 à 30 minutes. La durée du traitement a varié de 3 semaines à six mois, suivant les états qu'il s'agissait de combattre.

Le volume du sein, si différent chez la toute jeune fille et chez la femme enceinte, m'a mis dans la nécessité de créer trois types de ventouse.

Telle est la *ventouse mammaire* dont j'ai confié la fabrication à M. Collin, l'habile et consciencieux fabricant si connu, et que j'ai employée avec succès, dans les divers états que je vais faire connaître.

1° *Vomissements incoercibles de la grossesse*.— Les cas sont heureusement peu fréquents, car le pronostic est toujours très grave et pour la mère et pour l'enfant ; au cours des quinze derniers mois j'ai eu deux fois l'occasion d'employer ma ventouse, et chaque fois avec un succès complet. Voici la relation succincte de ces deux observations :

Mme A., primipare, âgée de 19 ans, s'est mariée le 15 novembre 1896, cinq jours après la cessation de ses règles, et n'a plus rien vu depuis lors. Un mois après son mariage, elle fut prise de vomissements simples qui l'ennuyaient plus qu'ils ne la fatiguaient. Mais, ces vomissements bientôt se rapprochèrent, vidèrent complètement l'estomac après chaque repas, amenèrent un profond dégoût. Les chairs fondirent à vue d'œil, les forces s'en allèrent, le moral fut atteint, et, chose plus grave encore, la fièvre s'empara de ce pauvre corps exsangue. Inutile de dire que j'avais successivement prescrit tous les moyens employés en pareil cas. C'est le jeudi matin, 11 février 1897, que j'appliquai ma ventouse pour la première fois, 25 minutes successivement, sur chaque sein, n'en ayant qu'une à ma disposition. Le repas du soir de ce même jour fut gardé ; le lendemain et jours suivants la malade ne vomit plus, mangea avec appétit, reprit des forces et de l'entrain. Le 3 mars, après 20 jours de traitement, j'cessai l'emploi de la ventouse ; dès le lendemain les vomissements reviennent, rien n'est gardé jusqu'au soir. A ce moment, la mère, justement effrayée, place la ventouse, et la remet encore le lendemain matin ; aussitôt les vomissements cessent, tout rentre dans l'ordre. Pendant 20 jours encore la ventouse est appliquée, une demi-heure chaque fois, je la supprime alors et la santé reste excellente. L'accouchement eut lieu le 20 août, il fut très simple, l'enfant, gros et vigoureux fut allaité par sa mère.

2° Mme B., primipare, âgée de 20 ans, s'est mariée dans les premiers jours de mars 1897, ses règles ne sont pas revenues en juin, et peu après elle a commencé à vomir, d'abord de temps à autre, puis peu à peu, à tous ses repas. C'est le 20 juillet que je la vois pour la première fois ; l'estomac ne garde rien, solides et

liquides sont rejetés immédiatement après l'ingestion. Pourtant, l'amaigrissement est encore peu marqué et il n'y a pas de fièvre, mais Mme B. se dit très faible et, suivant son expression, se sent mourir tous les jours. Le cas n'a pas la gravité qu'il avait chez Mme A., il n'est encore qu'à la première période ; néanmoins je conseille aussitôt l'emploi de la ventouse. Le lendemain, la malade garda quelques liquides — eau sucrée, bouillon froid — l'après-demain elle ne vomit qu'une seule fois ; les jours suivants tout fut gardé, et, grâce à un excellent appétit, les forces revinrent vite. Le 16 août, après 25 jours de traitement, la ventouse fut supprimée. L'état de Mme B. ne laissait rien à désirer, et il se maintint tel jusqu'au 7^e mois de la grossesse. A ce moment survint un avortement provoqué, je crois, par une fièvre intermittente tierce très grave, ou, peut-être, par le sulfate de quinine que je fus obligé d'employer *larga manu*. L'enfant, relativement fort, ne vécut pourtant que 36 heures ; les suites de couches furent normales, la parturiente fut promptement rétablie.

Je ne m'exagère nullement l'importance de ces deux observations ; il aurait fallu, pour les rendre plus concluantes, interrompre et reprendre plusieurs fois l'emploi de la ventouse. Mais les vomissements étaient si pénibles pour les malades, si effrayants pour les familles, que le courage me manqua. Néanmoins, comme cette complication de la grossesse est en somme assez rare, j'ai cru bien faire, au lieu de me croiser les bras en attendant de nouveaux cas, de venir dire aux praticiens : Puisque, devant la mort qui approche ou l'avortement qui s'impose, vous vous sentez désarmés, essayez de cette arme, voyez ce qu'elle vaut.

2^e *Débilité chez la jeune fille à l'époque de la puberté.* — Inutile de donner ici les observations que j'ai pu réunir, elles se ressemblent toutes : c'est toujours la jeune fille plutôt grande, mince, pâle, à l'œil agrandi par l'amaigrissement de la face, mais au regard terne, à la physionomie peu expressive. Tout exercice l'essouffle, la fatigue, éloigne parfois le sommeil, et c'est l'exercice qu'on lui impose. L'appétit est languissant, la digestion lente, la constipation fréquente. Et le moral est atteint, des idées noires hantent ce jeune cerveau, tous les jours le désenchantement l'envahit.

Toujours l'emploi de ma ventouse a activé les effets du traitement, donné un coup de fouet salutaire, abrégé considérablement

la durée de cet état, qui n'est plus la santé et n'est pas encore la maladie.

3° *Chlorose*. — Nous sommes loin de l'époque où toutes les chlorotiques étaient gorgées de fer ; on commence à s'apercevoir que, chez quelques-unes, il en faut peu, et chez d'autres pas du tout, sous peine de voir leur état s'aggraver. Chez toutes je me suis bien trouvé de joindre l'emploi de la ventouse aux divers moyens qui me semblaient indiqués, et chez l'une, dont je vais résumer l'histoire, la ventouse a réussi alors que tous les traitements, employés depuis six ans, avaient échoué :

Mlle X... , 22 ans, brune, de taille moyenne, au teint pâle et terreux, d'une assez bonne constitution, vit ses premières règles à l'âge de 17 ans. Un an avant, sa santé toujours bonne jusqu'alors, commença à fléchir : elle ne s'alita jamais, mais elle était pâle et faible, avait peu d'appétit, digérait mal, et, à la moindre fatigue, était vite oppressée, se sentait défaillir. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier : le père et la mère sont bien portants ; sa sœur, un peu plus âgée qu'elle, est bien réglée, pas du tout chlorotique.

Tous les médecins, successivement consultés, diagnostiquèrent la chlorose et prescrivirent les amers, les ferrugineux, les bains de mer, etc., etc.

Un peu d'amélioration se dessina à 17 ans, époque où les règles apparurent pour la première fois, mais depuis lors et jusqu'à ce jour elles ne revinrent que tous les trois ou quatre mois, et ne donnèrent jamais qu'un sang décoloré et peu abondant. C'est au commencement de décembre dernier que je conseillai l'emploi de la ventouse. Elle fut appliquée tous les matins, pendant 25 minutes, sur chaque sein. Un mois après, dans les premiers jours de janvier, la jeune fille avait repris quelques couleurs, l'appétit était meilleur et le retour des forces sensible. Maintenant c'est la guérison : appétit, digestion, respiration, état des forces, règles, etc., etc., tout est normal, rien ne cloche.

4° *Développement rudimentaire du sein, sein infantile*. — Sans qu'il soit possible de fixer la limite exacte qui sépare le sein petit, rudimentaire, du sein normalement développé, chacun sait très bien, à la vue d'une gorge, dans quelle catégorie il faut la placer. A plus forte raison est-il inutile de décrire le sein infantile. C'est le sein d'une enfant sur la poitrine d'une jeune fille ou

d'une femme mariée. Le mariage, en effet, quand il n'est pas fécond, modifie peu le volume du sein, presque toujours il reste après ce qu'il était avant : mal venu, atrophié, infantile.

Ici, le traitement doit être longtemps continué, deux à quatre mois suffisent rarement, le plus souvent il faut cinq à six mois. Mais, qu'on se rassure, le sujet est à l'abri du découragement, il suffit de lui faire connaître le but que l'on poursuit, pour n'avoir plus à craindre la moindre défaillance. C'est pendant trente minutes, environ, que la mamelle devra rester, tous les matins, sous l'action de la ventouse, et, autant que possible, sans un seul jour d'interruption, *même pendant les règles*. Inutile d'ajouter que, pendant la durée du traitement, je ne m'interdis pas de remplir les indications qui se présentent : les amers, les toniques, l'exercice au grand air, les bains de mer, etc., etc., sont, chez les personnes faibles, de précieux adjuvants que je n'ai garde de dédaigner. Au cours de cette année, il ne s'est présenté qu'un seul cas où il m'ait été possible d'employer la ventouse, à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, non encore réglée, mais bien portante, normalement musclée, plutôt grassouillette, et pas du tout anémique. La mère avait été réglée à 19 ans, s'est mariée à 21 ans, et n'avait jamais eu, pendant ses trois grossesses, que des mamelles fort peu développées ; elle avait dû mettre tous ses enfants en nourrice. Vers la fin du second mois de l'emploi de la ventouse, les règles apparurent, furent normales, au sang bien coloré, et revinrent régulièrement depuis lors. A ce moment, M^{lle} X... sentit très bien, dit-elle, qu'une poussée se faisait vers le sein. Au cinquième mois, le traitement fut suspendu, le sein avait acquis un volume normal : il était ferme, arrondi, bien saillant.

Il ne m'est pas possible de dire, même approximativement, jusqu'à quel âge la ventouse peut être employée avec succès dans les cas de sein infantile ; ce que nous savons des relations profondes qui unissent les mamelles à l'appareil génital, m'autorise à penser que l'action de cet instrument doit aller, en s'atténuant, de la puberté à la ménopause.

Ce n'est guère qu'à la fin de l'adolescence, à l'aube de l'âge nubile, que je l'ai employé jusqu'ici, mais je crois que plus tard, jusqu'à trente ans, peut-être, les effets obtenus seraient de nature à en encourager l'emploi.

Bien plus, si j'en juge par le seul cas qu'il m'ait été donné de traiter, la ventouse mammaire rendra de grands services contre la *flaccidité* du sein jusqu'aux environs de la quarantaine.

Une question bien importante se pose maintenant : une mamelle plus développée, ferme et arrondie donnera-t-elle, plus tard, un lait plus abondant et de meilleure qualité ? Il est permis de l'espérer, mais qui oserait affirmer qu'il en sera toujours ainsi, quand on sait que certaines femmes à la gorge opulente n'en sont pas moins de médiocres nourrices.

L'expérience nous dira plus tard quelles sont les indications auxquelles peut satisfaire la ventouse mammaire dans les maladies aiguës et chroniques du système utéro-ovarien. Les quelques données incomplètes que je possède déjà, me font croire que, là aussi, elle pourra rendre de grands services.

En résumé, je ne puis, à cette heure, fixer des limites à l'action de la ventouse mammaire, l'avenir seul pourra dire si elle vaut mieux que ce que j'ai dit ou moins que ce que j'espère. Si je l'ai fait connaître aujourd'hui, c'est que j'ai compris que, dans le rayon d'une clientèle rurale, il me faudrait des années avant de pouvoir porter un jugement définitif, en supposant que l'inventeur puisse jamais être un juge impartial.

M. TISSIER : **Rapport sur la candidature du Dr Barreiro.**

M. le Dr Manuel Barreiro, chef de clinique à la Maternité de Mexico, demande à prendre place parmi les membres correspondants étrangers de notre Société. Pour appuyer sa candidature, il nous adresse un travail plein d'intérêt sur l'*embryotomie rachidienne* dans les présentations de l'épaule négligées, alors que l'enfant a succombé et que tout espoir de réussir la version pelvienne est perdue.

Son étude comprend deux parties bien distinctes.

1° Dans l'une, il considère que la section rachidienne, pratiquée au niveau du cou, peut avoir l'inconvénient :

a) De ne pas laisser facilement descendre le tronc quand les tractions sont exercées sur le bras procident (l'épaule supérieure butant contre la tête fortement enclavée dans le segment inférieur contracturé).

b) De rendre quelquefois bien malaisée l'extraction de la tête

seconde. En effet, les doigts, introduits dans la bouche fœtale, ne prennent qu'un point d'appui fragile sur le maxillaire et, d'autre part, la tête, en raison de sa mobilité, est difficilement saisie entre les cuillers d'un forceps ou d'un basiotribe.

Pour parer à ces deux inconvénients, notre confrère propose de toujours sectionner, non pas le cou, mais le tronc, en bandoulière, de haut en bas, de l'aisselle supérieure au cou. De la sorte, en tirant sur le bras inférieur, on abaisse facilement le tronc ; l'épaule supérieure, restant attachée à la tête, ne vient plus, pendant l'extraction du tronc, heurter dans la descente le bloc céphalique. Des schémas démonstratifs établissent combien le dégagement du tronc est alors facilité.

En surplus, le bras supérieur permet ensuite d'entraîner en bas la tête et favorise singulièrement son extraction.

Telles sont les conclusions de la première partie du travail.

Après décollation, je dirai normale, décollation cervicale vraie, bien rarement on voit le tronc résister aux tractions exercées par l'intermédiaire du bras prolabé, attendu qu'un léger déplacement fait toujours glisser l'épaule supérieure soit en avant, soit en arrière de la tête. Pourtant, il se peut qu'une certaine résistance se produise ; en tout cas il n'y a qu'avantage à simplifier, et le conseil de M. Barreiro est certainement bon.

D'ailleurs, cette pratique de la section oblique axillo-cervicale est ancienne. Pour ma part, voilà déjà longtemps, plus de 6 à 7 ans, que j'ai pratiqué des sections rachidiennes de cette sorte et, la première fois tout au moins, je dois l'avouer, sans le vouloir. C'était à la clinique de la rue d'Assas, dans l'application du crochet qui précède toute embryotomie, en retournant le crochet glissé à plat dans la paume de ma main pour le loger et l'enfouir dans le sillon cervical, la pointe releva le bras supérieur et s'insinua sous l'aisselle. Je sentais en arrière le bouton du crochet, je procédai à la section et ce ne fut pas sans surprise que je m'aperçus que le fœtus était coupé en écharpe, le bras supérieur adhérent à la tête. Comme les choses n'avaient pas marché plus mal, plus tard je ne me souciai plus de mettre mon crochet dans le sillon de l'aisselle ou le sillon du cou et même j'ai souvent recherché, de parti pris, le sinus axillaire. J'ai vu souvent depuis de mes collègues et de mes maîtres agir de même.

M. Barreiro tient à ce qu'il soit fait ainsi méthodiquement. Nous ne saurions le contredire.

2° Dans la seconde partie, notre confrère décrit un instrument nouveau, rappelant les embryotomes de P. Thomas et de Ribemont. Son instrument l'emporterait sur ceux-ci : il s'articule mieux à la partie supérieure ; sa courbure parabolique s'adapte plus exactement aux parties à diviser : l'expérimentation l'a démontré.

Où M. Barreiro nous paraît exprimer une opinion douteuse, c'est quand il compare son instrument à l'embryotome rachidien Tarnier et le juge bien préférable. Que M. Barreiro ait avec succès plus de 30 fois réussi dans ses embryotomies, cela prouve qu'il a l'habitude de se servir d'un bon instrument et que rarement on éprouve un échec quand on manie habilement un outil familier ; mais prétendre que l'embryotome Tarnier ne peut que difficilement permettre la section oblique dont il a été parlé plus haut et qu'avec cet instrument on n'est pas sûr de ne pas couper ou déchirer le col, c'est — à mon sens — très fort s'aventurer et c'est émettre une opinion contre laquelle, en connaissance de cause, je proteste.

Mais c'est point de détail.

M. Barreiro ne s'en tient pas là : il passe en revue les diverses circonstances embarrassantes où l'accoucheur peut se trouver. S'il considère qu'on doit de préférence recourir à la section oblique de l'aisselle supérieure au cou, il admet qu'il faudra — si l'on ne peut atteindre en haut l'aisselle — aller du cou à l'aisselle inférieure, comme l'avait préconisé A. Dubois. Si l'état de macération du fœtus était très accentué, on choisirait la section bi-axillaire d'une aisselle à l'autre pour laisser les deux bras attachés à la tête. Sa préoccupation principale est de ne pas laisser la tête isolée dans l'utérus. Cette crainte est peut-être excessive.

Néanmoins toutes les remarques du D^r Barreiro, les recommandations qu'il fait pour l'extraction de la tête si la manœuvre de Mauriceau échoue sont judicieuses et proviennent évidemment d'un accoucheur rompu à la pratique des manœuvres obstétricales.

Dans ces conditions, l'ambition que manifeste notre confrère d'appartenir à notre Société est toute légitime. Sa place y est effectivement marquée.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 9 juin 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Journaux habituels.

Communications : M. DOLÉRIS : Psychoses systématisées, chez la femme, à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital.

Discussion : MM. CHARPENTIER, PETIT, PORAK, POITOU-DUPLESSIS, LUTAUD. — M. LOVIOT : Rétention d'un placenta abortif pendant 101 heures sans accidents. Injections chaudes extra-utérines au permanganate de potasse. Expulsion spontanée des annexes. **Discussion :** MM. BUDIN, PORAK, DOLÉRIS. — M. LUTAUD : Rapport sur la candidature de M. Cumston, de Boston. — M. JOUIN : Absence d'utérus et d'ovaires, vagin insuffisant, dilatation par un appareil en caoutchouc. — M. FOURNIER (d'Amiens) : Cinq bassins rétrécis transversalement chez des femmes rachitiques. **Discussion :** MM. LOVIOT, MAYGRIER, BUDIN.

M. DOLÉRIS : Psychoses systématisées, chez la femme, à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital :

En 1895, je communiquais, au congrès de gynécologie de Bordeaux, un mémoire portant sur neuf cas de *délire post-opératoire en gynécologie*.

Ces cas se présentaient avec des caractères communs, notamment en ce qui touche aux anamnestiques : antécédents personnels nerveux variés mais non-délirants, dépression neurasthénique ancienne ou récente, perturbation psychique née de l'appréhension opératoire, et préparée par une maladie longue et douloureuse.

Chez certaines malades, on trouvait des habitudes d'éthylisme, de l'éthéromanie ou de la morphinomanie, une syphilis avérée.

Chez d'autres, on constatait seulement des tares arthritiques confirmées par une hérédité très significative à cet égard.

J'ai noté aussi, chez quelques-unes, l'influence de la ménopause.

Dans l'hérédité directe ou collatérale, je n'ai pu découvrir l'existence de vésanies caractérisées.

Ces conditions cependant, diversement associées et réparties suivant les cas, suffisent à donner la clef d'un état dégénératif de l'organisme et l'on peut dire que ces malades étaient toutes plus ou moins des *tarées*, ce qui suffit à présumer que les fonctions physiologiques et l'intégrité anatomique des organes principaux était déjà atteintes ou qu'elles étaient à la merci d'un choc subit tel que le traumatisme opératoire.

J'ai présenté l'observation plus ou moins abrégée de ces neuf cas auxquels j'en aurais pu ajouter deux autres si j'en avais connu alors la terminaison. L'un se rapporte à une malade de Charcot, Mme H. soignée et opérée par moi en 1889, qui avait présenté avant et après le traitement des symptômes délirants tellement fugaces que je n'avais pas cru devoir les faire rentrer dans mon cadre. Mme H. pouvait passer tout au plus pour capricieuse, appréhensive, fantasque. Mais tout cela ne ressemblait nullement à de la manie, et elle avait paru se remettre très bien de ces troubles passagers. Ils témoignaient néanmoins d'une propension réelle à la manie véritable. Il y avait chez elle une hérédité significative. Son père s'était suicidé. Deux années après les troubles post-opératoires dont il vient d'être question, Mme H. donna des signes certains de folie qui nécessitèrent sa séquestration.

Une autre malade m'a offert l'exemple d'une évolution analogue, sur laquelle je n'insisterai pas.

Quant aux troubles psychiques eux-mêmes, envisagés au point de vue de leur systématisation, ils étaient fort disparates chez ces malades, au nombre de onze. Je n'essaierai donc pas de les faire rentrer dans une classification quelconque.

La question, placée sur un terrain plus large, est à l'ordre du

jour ; un article intéressant du professeur Joffroy et des débats récents à la Société de Chirurgie, lui donnent un intérêt d'actualité.

J'ai observé une forme singulière, à pronostic bénin, chez des neurasthéniques sans tare nerveuse héréditaire, dont le trouble mental se caractérisait par la perte du sentiment de l'existence même de leurs organes génitaux externes.

Les malades sont convaincues qu'elles ne possèdent plus ces organes, alors qu'ils existent dans leur intégrité.

Certaines ont perdu, en outre, plus ou moins complètement, la sensibilité spéciale de la vessie et du rectum, et n'éprouvent que de vagues besoins d'évacuation. Chez d'autres, le sens des rapports topographiques de ces organes entre eux a disparu.

La sensibilité au contact et à la douleur sont parfaitement conservées ; les sphincters fonctionnent régulièrement.

Les sensations spéciales, éveillées antérieurement par le coït, sont entièrement éteintes.

Voici un premier fait :

Madame P. est une de mes plus anciennes clientes. Elle a subi, il y a douze ans, un traitement, il y a six ans une opération grave qui s'est terminée régulièrement et après laquelle elle a joui de six années de santé parfaite.

J'ai dû l'opérer à nouveau en décembre 1897, pour un néoplasme des annexes gauches.

A la suite de cette opération dont la terminaison a été des plus simples et des plus rapides, Mme P. a été, tout à coup, au bout de quelques semaines et au milieu d'un état général parfait, prise de troubles psychiques singuliers. Je dois dire que, sans être d'une culture très considérable, elle est d'un esprit éveillé et d'une imagination assez vive. Il est possible qu'elle fût au courant des idées qui circulent parmi le monde féminin, de la perte des sensations génitales à la suite des opérations, disent-elles, ... de certaines opérations disent les plus avisées ; mais l'idée délirante était autre.

Elle revint en effet chez moi, accompagnée de sa sœur, à la fin

de février, exactement le 24. A noter qu'elle avait eu ses règles normalement le 13 pendant 4 jours comme précédemment.

Elle fond en larmes sans prononcer un mot. Sa sœur l'accompagne, interdite et pendant quelques minutes je ne pus obtenir aucune explication. Puis la malade me dit qu'elle sait bien qu'elle n'a plus rien dans le ventre, que tous ses organes lui ont été enlevés ; elle entendait la vulve, le clitoris, le vagin, que sait-on... ? à preuve qu'elle ne voit même plus quand elle urine, par où ni comment. Il lui semble que toute cette région de son individu lui fait défaut. Sa sœur ajoute qu'elle se prend fréquemment dans la journée à se tâter pour s'assurer qu'elle est intacte. Dans la rue, elle s'arrête brusquement pour porter la main aux parties génitales et se convaincre de leur intégrité. Elle devient mélancolique, pleure constamment et commence à refuser de manger. Il fallut la morigéner, la convaincre, lui montrer des dessins anatomiques de la région génitale, lui persuader de se regarder dans une glace.

Je lui affirmai qu'elle possédait tous ses organes externes et j'ajoutai que, pour les organes internes, la menstruation persistante lui en garantissait l'intégrité.

Elle parut convaincue et sa conviction se raffermir quand de retour chez elle, elle fit dans une glace, l'inspection de la région qu'elle disait absente. Mais ce ne fut qu'une éclaircie de courte durée.

J'avais prescrit des douches froides, des frictions, etc., l'état psychique ne s'améliorait pas, l'idée fixe persistait. Les règles reparurent le 13 mars et durent 4 jours encore.

La malade revient me voir et est tout aussi troublée qu'auparavant. Elle ne cesse de pleurer, de se lamenter, elle tombe dans une tristesse profonde et maigrit sensiblement.

Un rapprochement qu'elle a tenté avec son mari l'a laissée froide ; il ne lui en a pas fallu davantage pour retourner à ses idées mélancoliques. Cependant l'hydrothérapie, les promenades qu'on l'oblige à faire toujours accompagnée, les injections hypodermiques de glycéro-phosphate ont amené la guérison au bout de quelques mois.

Dans les antécédents de cette malade on trouve une mère très bien portante âgée de 74 ans, un père mort à 64 ans, obèse, alcoolique, nerveux ; elle-même excitable, et ayant par périodes fait quelques excès. Pas de syphilis.

Elle a subi un traitement génital il y a 12 ans, et une opération grave il y a 6 ans dans des conditions déplorable, permettant un pronostic très grave et enfin récemment une laparotomie bénigne, rapide, qui n'a pas troublé un instant sa santé.

Il reste sûrement un brin d'ovaire à gauche, et l'utérus entier. Rien donc ne justifie la conception délirante.

C'est un trouble nerveux central, une psychose à répercussion systématisée sur la région pelvi-génitale, et dont l'origine a pu, dès le début, être une perturbation de la sensibilité spéciale des organes de la région.

Une autre opérée, Mme B., conserva longtemps une sensation inverse de la précédente. Il lui semblait qu'elle était imperforée, et qu'à la place des orifices périnéaux, il existait un plan continu qui mettait obstacle à la sortie de l'urine et des matières fécales. Sur ces impressions s'était greffé un véritable état vésanique avec mélancolie, dépression, etc.

Une troisième malade, Mme H., se rapprochait beaucoup de la précédente par son délire. Après une opération d'Alexander qui avait très correctement remplacé l'utérus et fait disparaître une compression douloureuse et constante sur le rectum, s'accompagnant de constipation opiniâtre et d'irradiations douloureuses vers l'anus et la jambe gauche, elle s'imagina qu'elle n'avait plus d'anus. Elle venait fréquemment à ma consultation me prier de m'assurer de la perméabilité ou de l'existence de cet orifice. Puis ce furent la vessie et l'urèthre, qui faisaient défaut. Enfin, la malade finit par être convaincue de l'existence de tumeurs externes dont elle indiquait le siège dans la région vulvo-vaginale, et qui d'après elle apparaissaient et disparaissaient avec une étrange facilité. Il fallait conclure à un délire fixe, et malgré moi je me sentais porté à établir une comparaison entre ces désordres et les symptômes exagérés certainement que la malade accusait avant d'être opérée.

On ne saurait mieux assimiler cette perturbation psychique chez la femme qu'à la petite hypochondrie telle que Ballet l'a décrite dans ses leçons cliniques de Saint-Antoine.

Il y a lieu cependant d'établir une différence fondamentale entre l'hypochondrie dont le point de départ semble être dans les viscères de l'épigastre et les troubles propres aux femmes qui rapportent toutes leurs perturbations et tous leurs malaises à l'hypogastre. Si l'on pénétrait le secret de cette singulière morbidité on arriverait probablement à élucider bien des questions intéressantes pour la gynécologie.

Discussion :

M. CHARPENTIER. — Je n'ai jamais vu de faits analogues ; mais j'ai été frappé de la relation qui existe entre les troubles psychiques et les troubles des organes génitaux. Une jeune femme de mes clientes, mère de famille émérite, vint un jour me trouver et m'avoua en pleurant qu'elle se sentait devenir folle, qu'elle éprouvait une véritable horreur pour son mari et ses enfants. L'ayant examinée, je constatai un très léger abaissement de l'utérus. Je plaçai un anneau de Dumontpallier et 48 heures après tous les accidents avaient disparu. Il suffit, chez certaines nerveuses, d'un trouble très léger du côté des organes génitaux pour voir se manifester de véritables vésanies.

M. PETIT. — C'est là du délire de persécution avec idées génitales : Avant d'opérer ces femmes, il faut bien étudier leur état mental et dans le doute s'abstenir de toute intervention.

M. PORAK. — J'ai dans ma clientèle une femme d'une soixantaine d'années qui est persuadée qu'elle a perdu le sens de l'équilibre. Elle n'a absolument rien d'anormal du côté des organes génitaux, mais elle prétend que tous les troubles cessent dès qu'on lui a placé un tampon dans le vagin.

M. DOLÉRIS. — Certains troubles insignifiants des organes génitaux peuvent en effet retentir profondément sur le sys-

tème nerveux. Comme M. Petit, je suis convaincu qu'il faut examiner l'état mental des malades avant de les opérer; ce sont même là les conclusions de mon mémoire sur la folie post-opératoire.

M. POITOU-DUPLESSIS. — J'ai observé un cas de manie puerpérale qui dura trois jours chez une femme récemment accouchée. Cette manie paraît avoir été causée chez elle par la résorption urinaire: la vessie, paralysée, se vidait mal. Il suffit de faire des cathétérismes répétés pour voir cesser ces troubles vésaniques.

M. LUTAUD. — J'aurais deux cas intéressants à citer à propos de cette question. Je demande donc à la Société de vouloir bien remettre cette discussion à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Cette proposition, mise aux voix, est acceptée.

M. LOVIOT : Rétention d'un placenta abortif pendant 101 heures, sans accidents. — Antisepsie. — Injections intra-utérines chaudes au permanganate de potasse. — Administration du sulfate de quinine. — Expulsion spontanée des annexes. — Suites normales.

Le lundi 9 mai, dans l'après-midi, je me rencontrai avec mon excellent confrère le docteur N... auprès de M^{me} L..., sage-femme qui avait expulsé le samedi précédent, à 5 heures de l'après-midi, un fœtus de 3 mois 1/2 environ, mais n'était pas encore délivrée. Au reste, pas d'hémorrhagies, pas d'infection, grâce aux précautions recommandées par mon confrère et minutieusement prises par M^{me} L... dont le sang-froid et la tranquillité d'esprit étaient tout à fait remarquables. On eût dit qu'il s'agissait non d'elle, mais d'une de ses clientes.

La température était normale. J'appris cependant qu'on avait constaté 38°5 la veille au soir, mais sans frisson, et qu'un grand lavement ayant amené une déplétion intestinale abondante, la fièvre était tombée peu après.

Je pratiquai une injection chaude intra-utérine au permanganate de potasse, 50 centigr. par litre, après toilette vulvo-vaginale antiseptique. Pansement vulvaire occlusif à la ouate et à la gaze hydrophile. Séjour absolu au lit.

Le lendemain mardi, la situation restant la même, nouvelle injection chaude intra-utérine dans la matinée. Je prescrivis un gramme de sulfate de quinine, 50 centigrammes, avant chacun des deux principaux repas.

A 4 heures de l'après-midi, perte de caillots avec quelques douleurs.

Le mercredi, nouvelle injection intra-utérine, continuation du sulfate de quinine, 1 gr. par 24 heures.

A 10 heures du soir, expulsion avec hémorrhagie et douleur d'un arrière-faix complet, sans odeur, ni trace d'altération.

Pendant tout ce temps, la température est restée normale, l'état général étant très satisfaisant.

Suites de couches sans le moindre incident.

M^{me} X. a eu une vie obstétricale assez mouvementée :

1° Il y a 10 ans, avortement au 35^e jour, 3 jours après, extraction avec pinces du reliquat de l'œuf ;

2° Il y a 9 ans, accouchement à terme (enfant très gros, 12 livres ?) Forceps. Délivrance artificielle, 6 heures après ;

3° La même année, 6 mois après, fausse couche de 2 mois en 2 temps. 5 jours après, extraction des annexes du fœtus avec pince ; infection et fièvre, l'antisepsie ayant été insuffisante ;

4° Il y a 7 ans, accouchement à terme très prompt, le placenta a suivi immédiatement l'enfant, une fille très petite ,

5° Il y a 5 ans, avortement à 4 mois 1/2. Délivre expulsé spontanément sans douleurs, 9 jours après la sortie du fœtus. Pas de traitement. Pas d'antisepsie. Fièvre. Métrite, 2 mois au lit ;

6° Grossesse actuelle. Dernières règles, 21 janvier 1898. Avortement de 3 mois 1/2 environ. Fœtus expulsé le 7 mars à 5 heures de l'après-midi. Délivre expulsé spontanément le mercredi suivant à 10 heures du soir. Antisepsie, Injections intra-utérines chaudes antiseptiques (permanganate de potasse). Administra-

tion du sulfate de quinine, 1 gr. par jour, pendant deux jours. Pas d'infection. Suites normales.

Nous avons relaté cette observation, pour montrer une fois de plus qu'un intervalle assez long, voire de plusieurs jours, peut exister entre les deux temps de l'avortement, expulsion du fœtus, expulsion de l'arrière-faix, sans inconvénient pour la parturiente, si l'on a soin de pratiquer une antiseptie génitale régulière et sans qu'il y ait lieu d'intervenir autrement que par des injections intra-utérines chaudes dont nous avons eu maintes fois à nous louer au point de vue antiseptique et ocytocique.

Pourquoi s'obstiner à extraire un placenta entier, encore adhérent, encore vivant, et parfaitement inoffensif, si on le préserve, par l'antiseptie vulvaire, vaginale, intra-utérine et par un pansement vulvaire bien fait, de toute contamination ? Ne se détachera-t-il pas à son heure, et ne sera-t-il pas expulsé, dans la pluralité des cas, simplement, spontanément, par le fait d'un nouveau travail absolument physiologique ? Il n'en serait pas de même bien entendu, s'il s'agissait d'une rétention partielle, et à plus forte raison, s'il y avait des accidents : hémorrhagies graves et surtout infection, légitimant et commandant une intervention immédiate et radicale.

Quel rôle a joué le sulfate de quinine dans notre cas ? Il a été parfaitement supporté par la malade, et bien qu'il soit malaisé de déterminer sa part ocytocique, nous pensons qu'on pourra joindre son administration à l'emploi des injections intra-utérines, pour hâter le décollement et l'expulsion du délivre retenu dans la cavité utérine.

Notons, qu'à moins d'indications expresses, il faut être sobre d'injections intra-utérines chaudes au sublimé dont la répétition et même l'usage modéré, surtout si le fonctionnement du rein n'est pas parfait, peut provoquer une intoxication rapide et des plus graves.

Discussion :

M. BUDIN. — Comme M. Loviot, je crois qu'il faut éviter les injections intra-utérines de sublimé lorsque le placenta est retenu dans la cavité utérine.

M. PORAK. — Il y a 13 ans, alors qu'on ne savait pas encore manier le sublimé et qu'on n'en connaissait pas les dangers, j'ai perdu une femme portant une grossesse gémellaire compliquée de corps fibreux faisant obstruction dans le bassin. Les accidents se déclarèrent à la suite du troisième jour on avait fait chaque jour une injection intra-utérine avec une solution de bichlorure au 1/2000 (1). M. Tarnier, appelé par moi en consultation, pensa comme moi qu'il s'agissait d'une intoxication mercurielle. La femme succomba.

M. BUDIN. — Je connais cette observation et M. Tarnier n'était pas aussi convaincu que le croit M. Porak. Je demanderai à M. Porak sur quoi il s'appuie pour dire que cette femme mourut empoisonnée par le sublimé.

M. PORAK. — Cette femme a présenté de l'hypothermie, de la stomatite, de la diarrhée, elle est morte d'anurie, ce sont là les symptômes, qui me paraissent indiscutables, d'une intoxication par le mercure. On n'a pas fait l'autopsie.

M. BUDIN. — C'est peu suffisant pour affirmer l'intoxication, car il y a des phénomènes infectieux qui peuvent simuler un empoisonnement. On ne peut mettre l'étiquette intoxication par le sublimé que lorsqu'on possède des preuves indiscutables.

M. DOLÉRIS. — Même dans les cas où l'intoxication est indéniable, certaine, l'analyse chimique ne déce pas toujours le poison, et c'est là une lacune regrettable dans l'histoire de cette question.

(1) *Bull. et Mém. de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris*, 1888, p. 133.

M. LUTAUD : Rapport sur la candidature de M. Cumston, de Boston, au nom de MM. PICHEVIN, LUTAUD, rapp.

M. le D^r Cumston, de Boston, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger, est bien connu pour ses travaux d'obstétrique et de gynécologie.

A l'appui de sa candidature, cet honorable confrère nous a adressé un assez grand nombre de mémoires publiés pendant ces dernières années. Je dépose sur le bureau les plus importants :

De la métrite comme cause d'avortement, Boston, 1895.

Opération pour l'extraction des fibromes pariétaux de l'utérus.

Des troubles urinaires dus au prolapsus des organes génitaux chez la femme, Boston 1896.

Pathologie et traitement de l'ostéomalacie ; observation dans laquelle la guérison a été obtenue par l'oophorectomie double. Boston, 1895.

Indépendamment de ces divers travaux, M. Cumston a collaboré très activement aux nombreuses revues spéciales publiées aux États-Unis ; il est Rédacteur en chef des « *Annales de Gynécologie et de Pédiatrie* » publiées à Boston. C'est un écrivain médical érudit et consciencieux.

Attaché à la Faculté de médecine de Boston (Tuft's Collège) comme professeur de pathologie chirurgicale, M. Cumston occupe aux États-Unis une situation des plus honorables.

J'ajouterai que M. Cumston a habité longtemps la France où il a fait une partie de ses études ; c'est dans une faculté de langue française, à Genève, qu'il a conquis le titre de docteur.

Je crois donc pouvoir vous recommander sa candidature et vous affirmer que vous aurez dans la personne de M. Cumston un correspondant actif et laborieux.

M. JOUIN : Anomalie du système génital. — Absence d'utérus et d'ovaires. — Vagin insuffisant. — Dilatation avec un appareil en caoutchouc. — Présentation de l'appareil.

La malade qui fait l'objet de cette observation est atteinte d'une absence congénitale de l'utérus qui paraît être remplacé par un simple cordon fibreux difficile à sentir même sous le chloroforme. Elle n'a pas d'ovaires et par conséquent ne présente aucune trace de menstruation.

Le système pileux du mont de Vénus estrudimentaire. Les seins assez volumineux, le développement des hanches et tout l'aspect extérieur de la malade n'offrent rien de particulier à signaler.

Le vagin en cul-de-sac n'avait, avant mon intervention, que 4 à 5 centimètres de longueur. Il se terminait en dôme et s'opposait par conséquent à tout rapprochement complet.

Souffrant moralement de cet état, la malade me proposa de l'opérer. Elle avait étudié son anomalie dans les traités spéciaux, et demandait que l'on dédoublât la cloison recto-vésicale pour allonger le canal et permettre l'intromission complète du membre viril.

L'opération était certainement rationnelle. Mais, en raison de l'ignorance où nous nous trouvons du point de réflexion du péri-toïne, elle n'était pas sans présenter quelque danger. Et puis ne devons-nous pas craindre le développement du tissu cicatriciel susceptible d'exagérer encore la résistance du fond du cœcum vaginal ?

Je proposai donc d'essayer, avant tout, d'agents susceptibles de dilater ce cœcum sans faire intervenir le bistouri.

Sur le conseil de Péan, je me servis d'abord de condoms remplis d'air. Le résultat fut nul.

Je ne fus pas plus heureux avec des morceaux d'éponge préparée.

Je fis alors construire par M. Collin l'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter. Composé d'une petite poire en caoutchouc que

l'on peut gonfler à l'aide d'une boule de même substance et laisser gonflée, au moyen d'un simple robinet, il présente ceci de particulier que le tiers supérieur de la poire, celui qui correspond à sa grosse extrémité, est en caoutchouc très souple et subit l'action dilatatrice de l'air d'une façon presque exclusive. Ce n'est donc plus une sphère, mais une véritable tige à grosse extrémité profonde que l'on obtient en gonflant l'instrument.

Grâce à cet appareil qui est appliqué toutes les nuits, j'ai pu doubler en quelques semaines la profondeur du vagin, et le résultat obtenu sans aucun danger me paraît véritablement supérieur à celui que donnerait une intervention chirurgicale dans un cas semblable.

Appareil d'exception correspondant à un fait très rare dira-t-on.

Il me semble pourtant qu'avec quelques modifications la même instrumentation pourrait rendre de grands services, dans les cas de vaginisme, substitué aux condoms autrefois recommandés par mon regretté maître Péan et qui m'ont donné personnellement quelques beaux résultats.

J'espère que l'avenir démontrera ce que j'avance un peu théoriquement aujourd'hui.

M. FOURNIER (d'Amiens) : Cinq bassins rétrécis transversalement (sans ankylose) chez des femmes rachitiques.

M. Maygrier a le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur les bassins transversalement rétrécis et sans ankylose de la symphyse sacro-iliaque, caractère qui les distingue à coup sûr de tous les bassins dits de Robert, dans lesquels l'aileron du sacrum a toujours été le siège d'une lésion. Dans une observation qu'il a communiquée en avril 1896 à la Société obstétricale de France, cet auteur a rapporté le cas d'une femme à laquelle il a dû pratiquer, avec succès d'ailleurs, une opération césarienne, en raison de l'étroitesse des diamètres transversaux de son bassin, et il a donné à ce bassin la dénomination de bassin à forme double obli-

que ovalaire. A cette dénomination je préfère, pour ma part, celle de Bassins rétrécis transversalement et j'ajoute sans ankylose, afin de les différencier du type de Robert.

M. Brulin, dans une Thèse parue cette année, a réuni 3 observations analogues, celle de M. Maygrier et 2 que je lui ai fournies. On peut les résumer ainsi toutes les 3 :

OBSERVATION 1 (M. Maygrier). — Primipare de 19 ans, ayant 1 m. 51 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : bisépineux 21 centim. ; bisiliaque 23,5 ; biischiatique 7 ; antéversion ; promontoire à peine accessible. O. I. G. T. Opération césarienne à terme. Guérison de la mère. Enfant vivant de 3570.

OBSERVATION 2. — Secondipare de 23 ans, ayant accouché une première fois d'un enfant très petit, ayant une taille au-dessous de la moyenne, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : bisépineux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochantérien 28. Promontoire difficilement accessible. O. I. G. A. Accouchement spontané rapide. Enfant vivant de 2800, ayant un S. O. B. de 9,5, un O. M. de 12, BiP. de 8,75 ; BiT. de 7,5. Délivrance de 400 grammes.

OBSERVATION 3. — Primipare de 21 ans, ayant 1 m. 42 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : bisépineux 23 ; bisiliaque 23 ; bitrochantérien 29 ; biischiatique 8 ; sacro-pubien 16. Promonto-sous-pubien 11. Antéversion du bassin. O. I. D. A. Travail long provoqué. Enfant mort de 2200. Basiotripsie. Délivrance 500.

Depuis que ces 3 observations ont été réunies, j'ai eu la bonne fortune d'en rencontrer 2 autres. Qu'on me permette de les relater ici, sous les titres : Observations 4 et 5.

OBSERVATION 4. — Prudence L..., 22 ans, primipare, entre dans mon service le 8 mai 1898.

Elle a marché à 14 mois, a été réglée à 15 ans 1/2. Elle est à terme et présente un ventre en besace, tombant sur les cuisses. Sa taille est de 1 m. 42. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Elle

présente des stigmates de rachitisme, incurvation des tibias et cagnosité des genoux.

L'examen du tronc est intéressant : Le rachis est très convexe en arrière dans la région dorsale (la parturiente est bossue) très concave, très ensellé dans la région lombaire. Il y a scoliose légère avec convexité à gauche, abaissement de l'épaule droite. Les hanches ne sont pas saillantes et les dernières côtes, très voisines des crêtes iliaques, ne laissent pas l'espace correspondant à la taille chez la femme : la conformation du tronc ressemble à celle d'un homme ; la crête iliaque droite remonte à 2 centim. plus haut que celle du côté gauche. Un fil à plomb, tombant de la saillie convexe de la région dorsale, (gibbosité) arrive à 8 centim. en arrière des talons. Les autres signes de rachitisme sont : le chapelet rachitique chondro-costal, le sternum excavé, les bosses frontales saillantes, l'arcade dentaire supérieure à forme ogivale.

La pelvimétrie externe donne : bisépineux 23 ; bisiliaque 26 ; bitrochantérien 28 ; biischiatique 8 ; bisciatique mesuré intérieurement 7,5 ; sacro-pubien 18. Le promontoire n'est pas accessible au toucher vaginal. L'entrée du vagin ne permet pas trois doigts en travers. La vulve est bourrée de varices et il y a sur les parties internes des cuisses de gros paquets variqueux. La symphyse pubienne est très abaissée par suite de l'antéversion du bassin, la vulve est horizontale. La ligne innommée est très saillante sur les côtés du bassin et derrière le pubis.

La position est une O. I. G. P. Le 8 mai, à 2 heures du matin, la dilatation était comme 2 fr., à 3 heures comme 5 fr. L'expulsion eut lieu à 5 heures du matin, par conséquent très rapidement, et amena un enfant vivant de 3400 gram. ; le placenta pesait 500. Les diamètres de la tête fœtale sont : O. T. = 12 ; O. M. = 14 ; S. O. B. = 9 ; T. B. = 9 1/2 ; BiP. = 9 1/2 ; Bit. = 7.

OBSERVATION 5. — Louise L..., 26 ans, secondipare, entre également dans mon service, à la Maternité d'Amiens, le 26 mars 1898.

Elle n'a marché qu'à 5 ans et s'est trainée à 4 pattes jusqu'à cet âge. A 14 ans, coqueluche, aucune apparition des règles.

A 21 ans salpingite droite. A 22 ans, angines répétées. Menstrues irrégulières apparues pour la première fois à 22 ans ; ces règles ne se seraient jamais montrées plus de 10 fois au total depuis 4 ans.

Le premier accouchement a eu lieu, il y a 2 ans, à Rouen, à la suite d'une grossesse difficile. M. Albert Martin m'a communiqué l'observation qui porte : « Vaginite granuleuse ; rupture spontanée des membranes au début du travail. Le 7 septembre 1896, expulsion d'un enfant de 2980, allaité par sa mère. Déchirure du périnée. »

La grossesse actuelle a été moins pénible. L'examen de la malade nous révèle sa petite taille : 1 m. 37 ; des traces de rachitisme : saillie des bosses frontales, prognathisme, exostose de la clavicule droite, exagération de la courbure du cubitus ; rugosités de la crête du tibia. Le peu de saillie des hanches et l'absence de taille, propre à la femme, font penser également à la pelvivi-ciation. La pelvimétrie donne : Bisépineux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochanterien 29 ; bisischiatique 8 ; sacropubien 17. Promontoire inaccessible au toucher vaginal. Le doigt perçoit encore la saillie très accusée des épines sciatiques, et des lignes innommées, qui forment un angle derrière le pubis.

La position de l'enfant est O. I. G. A. ; la tête s'engage tardivement. Le 3 mai, la dilatation du col effacé est comme 1 fr. ; les fortes douleurs se montrent le 5 mai, à 10 heures du soir, et le lendemain, à 6 heures du matin, la dilatation est complète. A 7 heures 1/2, a lieu l'expulsion d'un enfant vivant de 2950 et d'un placenta de 500. Les diamètres de la tête fœtale sont normaux. Malgré une hémorrhagie post-partum, les suites de couches sont normales.

Ces deux observations récentes peuvent se résumer :

OBSERVATION 4. Primipare de 24 ans, ayant 1 m. 42 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : Bisépineux 23, bisiliaque 26, bitrochanterien 28, bisischiatique 8, bisciatique 7,5, sacropubien 18. Antéversion. Promontoire inacces-

sible. O. I. G. P. Accouchement spontané rapide. Enfant vivant de 3400 dont le S. O. Ba. seulement 9 centim. et le Bip. 9 1/2.

OBSERVATION 5. Secondipare de 26 ans, ayant 1 m. 37 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : Bisépineux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochantérien 29, biischiatique 8, sacropubien 17. Promontoire inaccessible, O. I. G. A. Accouchement spontané long. Enfant vivant de 2950.

Comparons ces 5 observations :

Les parturientes sont toutes rachitiques, de sorte qu'on pourrait appeler leurs bassins : « Bassins rachitiques transversalement rétrécis. » Cette forme de rétrécissement constitue réellement un type qui mérite d'être connu, au même titre que les bassins rachitiques aplatis. Il est même probable que ces rétrécissements sont fréquents et qu'ils passent seulement inaperçus, faute d'être recherchés.

Chez nos accouchées, cette recherche s'imposait, car ce sont des femmes de petite taille. Elles ont : 1 m. 51, 1 m. 42, 1 m. 37. Fait curieux, c'est la plus grande de toutes, celle de M. Maygrier qui a présenté la dystocie la plus accusée.

Au point de vue pelvien, chez toutes le promontoire est peu accessible ou inaccessible. Par contre, la diminution des diamètres extérieurs varie de 3 à 4 centim. ; pour le biischiatique cette diminution est de 2 à 3 centim. Or si le promonto-pubien minimum avait été rétréci dans les mêmes proportions de 2 à 3 centim., il aurait été de 7 1/2 à 8 1/2, c'est-à-dire très facilement accessible, et nous aurions eu des bassins généralement rétrécis et non pas, comme ici, aplatis transversalement. Cet aplatissement transversal nous a toujours paru porter sur les détroits supérieur et inférieur et sur l'excavation ; il consiste en un rapprochement des parois latérales du petit bassin, comme nous l'avons constaté chaque fois. Cependant, les procédés de mensuration de l'excavation étant imparfaits, je crois, pour ma part, que le rétrécissement transversal est moins accentué que ne l'indiquent les diamètres extérieurs ; en d'autres termes, j'ai trouvé un écart allant souvent de 3 à 4 cent. entre les diamètres extérieurs de ces bassins et les

diamètres extérieurs des bassins normaux, et je pense néanmoins que l'écart entre les diamètres intérieurs transversaux de l'excavation doit être moins accentué et se rapprocher plutôt de 2 centim., ainsi que semble l'indiquer la mesure des biischiatiques. Il y a du reste dans cette pelvimétrie une insuffisante précision. Pour l'instant, signalons seulement la diminution des diamètres transversaux comme un fait certain, alors que les diamètres antéro-postérieurs restent normaux.

Il s'est toujours agi de présentations du sommet : O. I. G. T., O. I. G. A., O. I. D. A., O. I. G. P. Je n'ai pu suivre suffisamment l'accouchement et je ne puis dire si, comme cela semble probable, la rotation interne s'est faite de bonne heure, afin de placer les diamètres antéro-postérieurs de la tête suivant les diamètres antéro-postérieurs plus grands du bassin. Les enfants pesaient 3570, 2800, 2200 3400, et 2950 ; dans 2 cas seulement les diamètres de leurs têtes étaient inférieurs à la normale.

Enfin 3 enfants sont venus spontanément à la vie ; l'un a été extrait par la césarienne ; l'autre est mort et a subi la basiotripsie. Il va sans dire qu'un pronostic général est impossible à établir, vis-à-vis de terminaisons aussi variables et d'un si petit nombre de cas.

L'étiologie de ces rétrécissements possède quelques données. Dans les 5 cas qui précèdent, le rachitisme a été constaté. Pourquoi le rachitisme qui détermine l'aplatissement antéro-postérieur, comme chacun le sait, aurait-il dans nos cas déterminé l'aplatissement transversal ? J'ai indiqué à M. Brulin une solution de ce problème qui peut se résumer ainsi. Le tout jeune enfant rachitique marche tardivement et reste couché de telle sorte que les pressions qui s'exercent sur son bassin ont lieu d'avant en arrière et l'aplatissement dans ces sens : ainsi agirait le rachitisme précoce. Le rachitisme tardif, au contraire, moins accusé, agirait quand la jeune fille est dans la station debout et par l'intermédiaire de la pression des fémurs nuirait à l'agrandissement transversal du bassin.

Jusqu'à 15 ou 16 ans, le bassin de la jeune fille est rond, tous ses diamètres sont sensiblement égaux ; c'est alors que les dia-

mètres transversaux doivent l'emporter sur les autres, et c'est alors que se ferait sentir l'influence du rachitisme tardif. Le bassin transversalement rétréci serait donc un bassin infantile aplati transversalement. Il importe, à ce sujet, de ne pas confondre cependant ces 2 variétés de bassins : j'ai vu plusieurs filles de 16 ans à bassins arrondis, dont tous les diamètres étaient égaux, accoucher facilement, grâce à l'incomplète ossification pelvienne. Mais, pour éviter la confusion, il suffit de rappeler que le bassin transversalement rétréci n'a pas, comme l'infantile, tous ses diamètres égaux : les diamètres antéro-postérieurs sont normaux et les diamètres transversaux sont petits.

Le traitement que j'ai essayé dans l'observation 3 me paraît tout à fait médiocre : j'ai voulu faire un accouchement prématuré ; l'enfant est mort et j'ai dû pratiquer alors la basiotripsie. S'il m'est permis d'indiquer quelle conduite je tiendrai maintenant, je puis citer les 2 dernières observations : J'ai attendu et l'accouchement a eu lieu à terme spontanément, avec enfants vivants. Si l'enfant avait souffert au moment du travail, si ce travail avait été trop long, l'engagement trop tardif, j'avais la ressource d'une symphyséotomie ou de l'opération césarienne. Ces rétrécissements transversaux sont trop peu connus pour qu'on puisse préjuger de leur importance au moment du travail. Quelle influence un rétrécissement de 2, 3 ou 4 centim., agissant dans le sens transversal aura-t-il sur le passage de la tête du fœtus ? Nous l'ignorons dans le détail, nous ne pouvons préciser. Mieux vaut donc attendre le terme et agir, à ce moment, selon les indications qui se présenteront.

Pour aujourd'hui, je conclurai seulement : « Cinq observations permettent d'affirmer qu'il existe des bassins rachitiques transversalement rétrécis, appartenant à un type tout à fait distinct de celui de Robert. Il y a lieu d'attirer l'attention sur cette forme de bassins, car ils sont sans doute assez fréquents. »

Discussion :

M. LOVIOT. — Le rétrécissement du diamètre transverse existe-t-il sur toute la hauteur de l'excavation ? Quels sont les

phénomènes mécaniques de l'accouchement dans ces bassins? Voilà deux questions que je voudrais voir élucider.

M. MAYGRIER. — J'ai communiqué en 1896 à la Société Obstétricale de France l'observation d'une femme chez laquelle j'ai pratiqué avec succès l'opération césarienne. Cette femme, qui vient d'accoucher de nouveau, et à laquelle on a, cette fois, fait la symphyséotomie, avait un bassin rachitique rétréci *transversalement* dans toute sa hauteur, à un degré très marqué, tandis que les diamètres antéro-postérieurs étaient peu diminués.

Les femmes observées par M. Fournier sont également des rachitiques qui présentent la même viciation pelvienne dans le sens transversal.

M. BUDIN. — J'ai pu, chez plusieurs de ces femmes, mesurer à l'aide du pelvimètre et sous le chloroforme, le rétrécissement transversal.

La prochaine séance aura lieu le 21 juillet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 21 juillet 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Journaux habituels.

Lettres de candidature au titre de membres correspondants nationaux de MM. Gauthier et Lemansky (renvoyées à une commission constituée par MM. OLIVIER, TOUVENAIN, rapp.)

Communication : MM. DOLÉRIS et MACREZ : Endopapillome de la trompe à évacuation intrapéritonéale intermittente.

MM. DOLÉRIS et MACREZ : Endo-papillome de la trompe à évacuation intra-péritonéale intermittente.

C'est le troisième cas observé et opéré par M. Doléris. Deux autres cas ont été publiés par A. Doran, dont l'un opéré par Spencer Wells et l'autre par Bantock. Ces sortes de tumeurs sont rares au moins celles qui acquièrent un gros volume. Bland-Sutton les qualifie d'*adénome tubaire*. En réalité, il s'agit de végétations en chou-fleur de la muqueuse tubaire, affectant une structure identique à celle des plis foliacés de la trompe normale, sauf la stratification des couches épithéliales à la surface des franges végétantes, mais sans que jamais il y ait pénétration de l'épithélium dans le derme muqueux. Ces grosses tumeurs sont bénignes, puisque d'après les dernières investigations au sujet des quelques cas connus, les malades sont tous encore survivantes à l'opération.

Les cas dans lesquels on a trouvé des végétations papillomateuses en choux-fleurs dans des trompes malades de petit volume ne sont pas très rares. La malade actuelle Mme O., 31 ans, est affectée d'une tumeur occupant l'hypochondre droit abondant ce bassin et remontant sous le foie. Apparus depuis 18 mois

elle disparaît tous les trois mois environ, et le ventre s'aplatit subitement, au milieu de douleurs assez violentes. On a cru à de l'hydronéphrose intermittente. M. Doléris a constaté lui-même, dans trois examens successifs la disparition et la réapparition de la tumeur. La masse enlevée était du volume d'une grosse noix de coco, adhérente à l'intestin, à l'épiploon et à ce même, côlon ascendant, située au-dessus du grand bassin, reliée à la portion utérine de la trompe très allongée et oblitérée. Le pavillon libre s'ouvrait dans un réseau de fausses membranes au milieu desquelles se faisaient les vomiques péritonéales intermittentes suivies de résorption du liquide épanché. — Celui-ci était jaune citrin, filant, sirupeux et rempli de grains papillomateux détachés et nageant dans la cavité tubaire. Dans une observation, déjà publiée, la vomique tubaire se faisait par l'utérus. Dans un cas de Doran l'existence de la tumeur coïncidait avec de l'*hydroopéritoïne*, ce qui confirme le mécanisme que MM. Doléris et Macrez ont saisi sur le fait en constatant la disparition momentanée de la tumeur. La malade opérée est à son 15^{me} jour et va très bien.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du jeudi 13 octobre 1898.

Présidence de M. CHARPENTIER.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Lettre d'excuses de MM. Doléris et Budin, qui ne peuvent assister à la séance. Lettre du Ministre de l'Instruction Publique annonçant que le 37^e Congrès des Sociétés savantes aura lieu à Toulouse pendant la semaine de Pâques. Rapport sur le service des Enfants assistés et moralement abandonnés du département de la Seine, pendant l'année 1897.

Rapports de candidature : Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant national de M. le D^r Gauthier. (MM. Touvenaint, Olivier, rapporteur) — et M. le D^r Lemanski. (MM. Olivier, Touvenaint, rapp.)

Communication : M. PORAK : Rigidité probablement cicatricielle du col de l'utérus. Accouchement prématuré. Présentation de l'épaule avec procidence du cordon. Rupture utérine. Version. Laparotomie. Guérison. — *Discussion* : MM. LABUSQUIÈRE, LOVIOT, BONNET, CHARPENTIER, PETIT, NITOT, PORAK.

Rapport sur la candidature du D^r Gauthier, de Luxeuil, au titre de membre correspondant national, par MM. TOUVENAIN, OLIVIER, rapp. — Messieurs, à l'appui de sa candidature, le D^r Gauthier nous a envoyé sa statistique de gynécologie. Cette statistique comprend les observations de 9 opérations, 3 ovariectomies et 6 hystérectomies. En ce qui concerne les ovariectomies, il s'agissait de kystes uniloculaires et l'opération n'a rien présenté de particulier à signaler. Les trois opérées ont guéri.

Des six hystérectomies deux ont été abdomino-vaginales et quatre vaginales.

Les deux hystérectomies abdomino-vaginales ont été faites pour des tumeurs fibreuses. Dans le premier cas il s'agissait d'une tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'accompagnant d'hémorragies très abondantes.

L'opération se fit sans incidents notables et la malade guérit. Dans le second cas la tumeur était plus volumineuse et l'opération fut suivie de mort au 4^e jour. L'opérateur attribue cet insuccès à la présence des grandes pinces vaginales et en conclut que pour les grands fibromes l'opération par la voie abdominale suivant la méthode de Doyen est infiniment préférable à la voie vagino-abdominale.

La première hystérectomie vaginale a été faite pour un fibrome gros comme un œuf d'oie siégeant sur le côté droit de l'utérus ; l'opération a bien marché et a été suivie de guérison.

Dans le second cas il s'agit d'une salpingite suppurée gauche ayant donné lieu plusieurs fois à des accidents péritonitiques. L'opération fut laborieuse par suite des adhérences qu'il fallut disséquer. Les jours suivants tout alla bien, mais le 13^e jour il se produisit de la péritonite avec élévation de la température.

M. Gauthier ordonne une irrigation prolongée qui fait passer dans le vagin 180 litres d'eau bouillie salée à 7 % à 45°. Pendant une dizaine de jours le malade a des hauts et des bas et guérit enfin. Notre confrère attribue à l'irrigation continue tout l'honneur de cette guérison.

Dans le troisième cas il y avait salpingite double ancienne ; l'opération fut très laborieuse. La malade guérit sans incident notable.

La quatrième malade était atteinte de cancer du corps de l'utérus. L'opération ne présenta rien de particulier à noter, et la malade guérit.

J'ai l'honneur de vous proposer la nomination du Dr Gauthier au titre de membre correspondant national.

Reçu

Rapport sur la candidature du Docteur Lemanski, de Tunis, par MM. OLIVIER, TOUVENAIN, rapp. — A l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de notre Société, le docteur Lemanski a envoyé un important mémoire manuscrit ayant pour titre : *De l'influence du paludisme sur l'appareil génital de la femme.*

Jusqu'ici cette question n'a pour ainsi dire pas été traitée, et M. Pozzi l'effleure à peine dans son *Traité de Gynécologie*. Notre confrère, le D^r Lemanski, qui exerce depuis 6 ans à Tunis, où il s'occupe particulièrement de gynécologie, a étudié spécialement cette question de l'influence du paludisme sur les organes génitaux de la femme. Il a ainsi pu recueillir des faits nombreux et intéressants, ayant trait surtout au paludisme larvé qui déroule souvent le diagnostic. Or l'importance du diagnostic étiologique est considérable, car dans ces cas l'influence du traitement spécifique est indéniable, et le négliger serait se priver du plus puissant auxiliaire thérapeutique.

Après un avant-propos où M. Lemanski montre les dangers de la cachexie paludéenne dans les suites de couches et l'importance de l'anémie palustre comme facteur étiologique de nombreuses affections génitales de la femme, notre confrère étudie, dans un premier chapitre, la métrite chez les paludéennes. La métrite, fréquente sous tous les climats, l'est particulièrement dans les pays où règne le paludisme ; au point de vue clinique, ce qui distingue la métrite des paludéennes, ce n'est pas tant l'évolution que l'influence du traitement spécifique pour obtenir la guérison radicale. Il ne suffit pas de traiter l'utérus, il faut encore traiter l'état général. Le curettage seul, si bien pratiqué soit-il, ne donne pas un résultat satisfaisant ; peu à peu les symptômes de la métrite reparaissent et la maladie est reconstituée de toutes pièces. Si, au contraire, on associe au curettage le traitement spécifique, l'affection utérine guérit rapidement.

Aussi, quand la convalescence de l'intervention opératoire semble traîner en longueur, quand il est notoire que la malade est impaludée, M. Lemanski conseille, malgré l'absence de ma-

nifestations fébriles, d'instituer sans tarder le traitement par la quinine et le quinquina, puis, au bout d'un certain temps, d'avoir recours à l'arsenic.

La métrite guérit mal, chez les paludéennes, même après le curettage le plus minutieux, si on ne se préoccupe pas de la diathèse malarienne ; telle est, en résumé, la conclusion de l'auteur.

Dans un second chapitre, M. Lemanski étudie l'influence du paludisme sur la menstruation. Chez les paludéennes, les règles sont le plus souvent très abondantes, très douloureuses et durent très longtemps ; elles reviennent tous les 24 ou 25 jours et durent huit ou dix jours. Chez d'autres femmes, après de longues périodes de dysménorrhée avec ménorrhagies, les règles cessent : c'est l'aménorrhée anémique secondaire.

Dans l'intervalle des règles, on observe fréquemment des métrorrhagies qui offrent parfois une certaine intermittence. Ces métrorrhagies guérissent bien sous l'influence de la médication quinique.

M. Lemanski aborde ensuite l'étude de l'influence du paludisme sur l'utérus gravide. La paludisme a toujours un retentissement fâcheux sur la grossesse. Les paludéennes enceintes sont exposées, plus que quiconque, à tous les maux inhérents à l'état gravide. Les vomissements sont fréquents et, sans revêtir les caractères graves des vomissements incoercibles, ils sont cependant d'un pronostic sérieux. Les hémorrhagies au cours de la grossesse sont fréquentes chez les paludéennes, de même que les faux débuts de travail. L'accouchement se fait particulièrement lentement, le travail est difficile et le foetus est généralement petit. D'ailleurs, l'avortement est fréquent ; il est la règle dans les accès pernicieux, mais il est également fréquent chez les femmes atteintes de la forme larvée ou chronique de l'intoxication. Par contre, l'éclampsie s'observe rarement.

M. Lemanski administre systématiquement la quinine, au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement.

Le chapitre suivant est consacré aux suites de couches. Pendant le post-partum, chez les paludéennes, on observe fréquemment une hyperthermie notable (39° et 40°), et cela en dehors de

toute infection ; c'est au paludisme qu'il faut attribuer cette élévation thermique qui d'ailleurs n'est pas continue durant tout le cours de la journée, car si l'on a soin de prendre la température toutes les heures ou toutes les deux heures, on constate qu'à certains moments elle est normale et que le thermomètre marque 37 ou 37°5.

Dans ces cas encore, la quinine fait merveille et il est bon de l'administrer systématiquement à toutes les paludéennes qui viennent d'accoucher.

Pour terminer, M. Lemanski montre toute l'importance du traitement spécifique dans les manifestations paludéennes génitales. Ce traitement comporte l'usage de la quinine, du quinquina, de l'arsenic, de l'iodure de potassium et de l'hydrothérapie.

Pour la quinine, M. Lemanski recommande la voie hypodermique dans les cas pressants et la voie rectale, qu'il emploie le plus volontiers. Il l'utilise également pour l'arsenic qu'il administre en lavement et il donne ainsi en 24 heures un centigramme d'acide arsénieux ou d'arséniate de soude.

Dans l'intervalle des accès aigus fébriles, il donne la poudre de quinquina, bien préférable au vin de quinquina ; il administre des cachets aux trois quinquinas, avec addition de glycérophosphate de chaux et de poudre de noix vomique.

Tel est, résumé brièvement, le mémoire intéressant dont j'avais à vous parler.

M. Lemanski a en outre envoyé deux notes manuscrites.

Dans l'une, notre confrère vante les bons effets du *dermatol* (sous-gallate de bismuth) qu'il a substitué d'une manière absolue à l'iodoforme dans sa pratique chirurgicale. Le *dermatol* possède l'avantage considérable d'être inodore. M. Lemanski l'a employé dans plus de mille cas et il n'a qu'à se louer de son usage ; c'est un antiseptique sûr, non toxique, qui hâte la cicatrisation, et qui ne provoque jamais d'accidents.

Dans l'autre note, M. le D^r Lemanski indique quelques modifications qu'il a apportées dans la *technique opératoire du curettage*.

Les diverses modifications qu'il signale ne sont à vrai dire pas nouvelles et nombre de gynécologues, pour ne pas dire tous, pratiquent depuis longtemps le curettage comme M. Lemanski l'indique. Ce ne sont là d'ailleurs que des petites questions de détail. Mais ce que je tiens à signaler, c'est que le travail du D^r Lemanski montre qu'il a une grande habitude des opérations gynécologiques.

J'ajouterai, pour terminer, que notre confrère est médecin de l'hôpital français de Tunis et qu'il occupe dans cette ville une des premières situations médicales.

Je conclus donc en vous proposant d'admettre le D^r Lemanski comme membre correspondant de notre Société.

M. PORAK : Rigidité probablement cicatricielle du col de l'utérus. — Accouchement prématuré. — Présentation de l'épaule avec procidence du cordon. — Version. — Rupture utérine complète. — Laparotomie. — Guérison.

L'observation dont je vous donne connaissance a été recueillie par Mademoiselle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité.

La nommée V., 33 ans, relieuse, a marché à un an. Pas de maladie dans l'enfance. Premières règles à 15 ans durant 5 à 6 jours chaque mois. Elle eut 8 grossesses. Les cinq premières se sont terminées à terme, enfants vivants, 4 sont morts en bas âge ; le 3^e seul est bien portant.

Après la 5^e grossesse, c'est-à-dire après les accouchements à terme, la malade a subi successivement deux curettages.

Ces interventions ont été pratiquées par M. Potherat aux hôpitaux de Saint-Joseph et de Bon-Secours.

6^e grossesse terminée avant terme. Enfant mort avant sa naissance.

Entre 6^e et la 7^e un nouveau curettage suivi d'une opération sanglante sur le col. Nous n'avons pu recueillir sur cette opéra-

tion aucun renseignement. La 7^e et la 8^e grossesse se sont terminées par des avortements, vers 2 mois 1/2.

Le dernier avortement a été accompagné d'accidents graves et, en particulier, d'hémorrhagie extrêmement abondante. Pour ces deux avortements, la malade est restée alitée pendant un mois.

Grossesse actuelle. Dernières règles aux premiers jours de janvier. La grossesse évolua normalement jusqu'au 18 août 1898. Elle ressent des contractions douloureuses, elle est admise à la Maternité vers 10 h. du matin. Elle est enceinte de 7 mois.

A l'examen, ayant constaté qu'on a affaire à un fœtus placé transversalement, on tente, mais en vain, de transformer la présentation en celles du siège ou du sommet. Le col ne permet au juste que l'introduction d'un doigt.

N'étant pas à terme, on tente d'enrayer l'accouchement prématuré (traitement opiacé). Vers 3 h. de l'après-midi, elle accuse une perte d'eau assez notable ; néanmoins, on sent au niveau de l'orifice utérin les membranes qui paraissent intactes (probablement rupture au-dessus de l'orifice).

19 août. — Les contractions douloureuses ayant cessé, elle est placée en observation ; on lui fait tous les jours un tamponnement à la gaze iodoformée.

21, 22 août. — Même état, pas de température.

23 août. — Nouvelle apparition de contractions douloureuses : la malade ne perçoit plus les mouvements de son enfant. L'examen, pratiqué vers 4 h. du soir, démontre le non effacement du col, une anse de cordon est tombée dans le vagin, pas de battements. Tamponnement et surveillance.

24 août. — Contractions plus régulières, de courte durée et peu douloureuses. Le col est dans le même état, les bruits du cœur ne sont pas perçus, le cordon arrive jusqu'à la vulve. On a toujours affaire à une présentation de l'épaule, mais l'absence de liquide, le col dur et non dilaté ne permet pas de faire la version par manœuvres mixtes.

2 h. soir. — L'état restant stationnaire, on donne un bain d'une heure.

7 h. 30 soir. — Les choses sont dans le même état. La partu-

riente, qui n'a pas voulu s'alimenter, est très faible. Pouls petit, fréquent, température normale. Elle est pâle et se remue difficilement dans son lit, elle se plaint à chaque mouvement d'éprouver une violente douleur et de la lourdeur de l'abdomen. Le fond de l'utérus développé transversalement ne dépasse pas l'ombilic. A aucun moment, la partie fœtale ne s'est appliquée exactement sur le détroit supérieur. On engage la parturiente à s'alimenter avec des liquides, en lui laissant le choix de ce qu'elle désire (lait, champagne, grog) ; elle accuse des nausées, mais ne vomit pas.

Vers 8 h. du soir, cette femme est de plus en plus abattue. Il serait nécessaire d'aider à l'accouchement en transformant la présentation de l'épaule en présentation du siège par version mixte.

La malade est donc placée dans la position obstétricale. Malheureusement le col, non effacé, est dur et laisse difficilement passer deux doigts. Malgré la docilité de la malade, il est impossible d'atteindre un pied, l'abdomen tendu est extrêmement douloureux. Temp. 37°2, pouls 90.

25 août minuit. Temp. 36°4, pouls 72.

Accès de dyspnée et gastralgie très douloureuse ; la malade absorbe du champagne en petite quantité. Contractions rares et faibles de l'utérus.

3 h. matin. — Pouls irrégulier, petit, temp. 36°4. L'accès de dyspnée persiste. On fait de l'enveloppement humide de l'abdomen. La malade repose jusqu'à 6 h.

7 h. 25. — Temp. 36°4. Elle accuse des nausées (champagne, oxygène).

9 h. 50. — Dès son arrivée, M. Porak monte près de la malade, il craint une rupture utérine, quoique cependant, elle n'en ait accusé, à aucun moment, les caractères très nets. On soumet la malade au chloroforme.

Le grand axe de l'utérus, qui était régulièrement dirigé en travers, est devenu oblique de droite à gauche ; on retire le tampon vaginal, on fait un lavage des organes génitaux externes et internes, et M. Porak, après s'être aseptisé les mains, procède à la version. La main pénètre doucement et difficilement à travers le col.

Celui-ci présente l'aspect d'un canal de trois centimètres à peu près de hauteur et très dur, sa surface interne n'est pas d'ailleurs rugueuse et ne donne en aucun point la sensation de brides cicatricielles. C'est un canal régulièrement résistant. Au niveau du segment inférieur de l'utérus, en arrière et à gauche, on constate comme un sillon transversal ayant une longueur de 6 à 8 centimètres et peu de largeur. Le fond de ce sillon paraît lisse comme s'il s'agissait d'une rupture incomplète de l'utérus, le péritoine étant encore intact.

M. Porak arrive assez facilement sur un des pieds du fœtus ; mais lorsqu'il veut l'entraîner, il l'introduit dans le sillon décrit plus haut et il a de la peine à l'en dégager.

En faisant placer la malade sur le côté gauche, il s'écoule environ 200 gr. de sang noirâtre et les pieds peuvent alors être plus facilement amenés en avant du sillon et attirés d'abord à travers et ensuite hors le col. La malade est alors remise dans la position obstétricale. Le pouls est mauvais ; la malade étant violacée, M. Porak fait cesser le chloroforme. L'extraction du tronc est faite, la femme étant éveillée en partie ; la tête du fœtus est un peu plus difficile à extraire ; elle est retenue au-dessus du col. Les tractions exercées amènent le col à la vulve, où on le voit très nettement. Puis tout à coup la résistance est vaincue, la tête est définitivement amenée dehors.

L'examen, fait immédiatement, permet de reconnaître que le col a été déchiré au moment du passage de la tête. Probablement la déchirure du col s'est produite verticalement, la rupture spontanée, primitive de l'utérus étant transversale et s'étant produite au niveau du segment inférieur de l'utérus.

La femme perd du sang. M. Porak introduit la main pour faire la délivrance artificielle, on ne le retrouve plus au toucher ; il ne s'attarde pas à rechercher le col ; il pénètre facilement dans le corps de l'utérus qui est déjeté à gauche. Il n'y trouve pas le placenta, il amène très doucement, avec beaucoup de précautions, un lambeau de membrane qui lui donne la sensation lisse des membranes de l'œuf et qu'il doit distinguer d'autres membranes donnant la sensation des nodosités grenues de l'épiploon. On en a d'ailleurs la preuve, car on distingue par l'inspection directe à la vulve, la membrane qui est l'épiploon de l'autre membrane qui appartient bien à l'œuf et sur laquelle on

fixe une pince pour ne pas la perdre. Cette membrane sert de conducteur à la main pour aller à la découverte du placenta. Celui-ci, complètement décollé, se trouve dans la cavité péritonéale, perdu au milieu des intestins ; on le fait passer par la déchirure et on l'amène au dehors.

10 h. matin. — L'état de la femme va en s'aggravant. Elle est dans le collapsus ; la teinte violacée de la face s'accroît de plus en plus.

Après quelques courtes secondes d'hésitation, et ayant discuté la meilleure conduite à tenir pour sauver l'existence si compromise de cette femme, M. Porak pratique incontinent la laparotomie. L'état général de la malade est si mauvais qu'il n'ose pas donner de chloroforme. Elle n'a d'ailleurs eu qu'une sensation très confuse de l'opération qu'on lui a fait subir ; elle perdait du sang constamment, en notable quantité, et on ne pouvait avoir recours ni à l'injection intra utérine, ni au tamponnement. Les précautions antiseptiques sont prises sur le champ et rapidement aussi bien en ce qui regarde la femme qu'en ce qui regarde les instruments. On pratique l'incision entre la symphyse pubienne et l'ombilic, sur la ligne blanche, la tête et le tronc de la femme étant portés aussi bas que possible.

Les anses intestinales sont refoulées à gauche et en haut, l'utérus antéfléchi. La femme est assez obèse et il est difficile de bien voir jusqu'au fond des culs-de-sac péritonéaux. Cependant, on reconnaît qu'il existe une double déchirure du péritoine l'une en avant, l'autre en arrière du ligament large. Elles communiquent toutes deux à la base du ligament large. Tandis que la rupture représente un T du côté de la cavité utéro-vaginale, elle représente en V du côté du péritoine. On suture les bords déchirés du péritoine d'abord en avant, puis ensuite en arrière par une suture un surjet avec du catgut fin. Une des difficultés de l'opération résultait de ce que, dans la suture de la déchirure antérieure, on rencontrait sous l'aiguille une portion de l'intestin qui faisait procidence à travers la déchirure postérieure. Cette suture, assez facile dans les parties élevées de la déchirure, devenait assez difficile dans la partie profonde, surtout en arrière. On fut même obligé d'abandonner une petite et dernière portion de la déchirure qui paraissait d'ailleurs assez bien affrontée. A la paroi abdominale, on pratique trois plans de suture au catgut

pour le péritoine et pour la ligne blanche, au crin de Florence pour la peau.

Des injections de caféine et d'éther, de 1000 gr. de sérum artificiel sont faites pendant l'intervention.

L'opérée, très docile, ne fait aucun mouvement, et demande à différentes reprises si l'opération est bientôt terminée. Vomissements noirâtres, abondants, ressemblant à des vomissements fécaloïdes pendant toute l'opération; la tête repose sur les genoux d'une aide. Pansement de la plaie à l'iodoforme et bandage; une mèche de gaze iodoformée est placée dans le vagin. Température, le soir, 38°; pouls 140.

Un peu de champagne lui est donné dans la journée.

Suites de couches.

25 août 1898. — 4 pilules d'extrait thébaïque d'un cent. Dans la journée, l'opérée a quelques nausées; mais ne vomit pas. Champagne glacé et grog pris en petite quantité. Les boissons, même en petite quantité, déterminent des maux d'estomac tels qu'on est obligé d'en limiter l'administration. Elle ne se plaint pas de l'abdomen. La température, le soir, est de 38°, pouls 130. La nuit est assez bonne; pas de vomissements; langue non chargée, humide; abdomen indolore; néanmoins, elle repose peu.

26 août 1898. — 4 pilules d'extrait thébaïque d'un cent.

Dans la matinée, on a changé la bande de gaze iodoformée, sans autre traitement. Elle est alimentée à l'aide de thé léger dans lequel on ajoute une petite quantité de lait ou de cognac. Elle a une répugnance marquée pour les alcools. Même état de la langue.

Matin : temp. 37°2, pouls 120.

Soir : 37°6, pouls 130.

27 août. — 4 pilules d'extrait thébaïque d'un cent.

On change de nouveau la bande de gaze iodoformée, on ne retire pas le bandage du ventre, l'abdomen est toujours indolore. Néanmoins, elle accuse un point de côté, à gauche, au niveau des fausses côtes, point qui amène une respiration fréquente. Pas de vomissements, brûlure persistante au niveau de l'estomac. Ali-

mentation : deux œufs crus, café au lait, thé, vin de Bordeaux, pour lequel elle a de la préférence, pêche et raisin. Dans la journée, elle va à différentes reprises à la garde-robe. Les matières fécales sont extrêmement fétides. Traitement : charbon de Belloc, benzonaphtol et bicarbonate de soude, 1 gr. de chaque. Pas d'état suburral.

Matin : temp. 38°, pouls 144. Resp. 40 m.

Soir : 37°8, pouls 120.

29 août.

A 1 heure, on change la bande de gaze iodoformée, odeur extrêmement fétide des lochies qui contiennent des détritits noirâtres. Une injection vaginale avec une solution de sublimé à 1 pour 4000, à faible pression est faite dans le vagin, elle entraîne des matières noirâtres en assez grande abondance ; une bande de gaze iodoformée est placée dans le vagin.

On a soin de donner un lavement tous les jours, les matières sont noirâtres, en assez grande abondance et très fétides. L'alimentation reste la même, *ad libitum*. Pas de vomissements. Une injection de morphine d'un cent. est adjointe aux 4 pilules d'extrait thébaïque qu'on lui donne chaque jour. Le ballonnement du ventre n'est pas considérable, la douleur siège au niveau de la plaie abdominale.

Matin : temp. 38°, pouls 120. Resp. 32.

Soir : temp. 38°2, pouls 124. Resp. 36.

30 août.

La malade accuse un peu plus de gêne de la respiration, deux pansements sont faits dans la journée. Elle se trouve plus fatiguée ensuite et les mouvements déterminent une douleur qui se répercute dans l'abdomen. Pas de vomissements. Même alimentation.

Matin : Resp. 36. Temp. 38°2, pouls 124.

Soir : » 32. Temp. 38°4 » 138.

31 août.

Odeur extrêmement fétide des lochies, deux pansements vaginaux. Les membres sont dans la flexion, la malade se trouvant soulagée, l'abdomen se trouvant ainsi moins tendu. On ajoute une crème à l'alimentation des jours précédents. Néanmoins l'aspect général est moins bon ; les pommettes, en effet, sont très

rouges ; jusqu'alors le facies était resté bon. Malgré cet état général moins bon, la langue n'est pas chargée et reste toujours humide.

On lui donne dans la journée 5 pilules d'extrait thébaïque et on continue tous les jours les cachets de benzonaphtol et de charbon. Dans la journée, l'abdomen devient douloureux ; vers le soir, comme il n'y a pas d'amélioration, on lui met un sac de glace ; le lendemain, un second sac est placé ; on lui fait respirer de l'oxygène. La nuit est bonne, et de 9 h. du soir à 2 h. du matin, la malade dort sans se réveiller. Elle a quelques rêves qui ne semblent pas être des cauchemars.

Matin : Resp. 32. Temp. 38°2, pouls 124.

Soir : » 32. id. 38°2, id. 120.

1^{er} septembre. — Même alimentation.

Matin. Respiration 32. Temp. 38°1, pouls 108.

La langue est bonne, l'abdomen moins douloureux. On lui fait un pansement à la gaze iodoformée. On enlève les fils, la plaie abdominale va bien. Le soir, la malade présente les symptômes brusques de l'embolie pulmonaire : elle étouffe avec point de côté et douleurs angoissantes. Des ventouses sont posées. Son état est tellement grave que nous désespérons. Grâce aux sinapismes, aux inhalations d'éther, aux ventouses, son état s'améliore, et la nuit est relativement bonne.

2 septembre. — Même état. Vers 5 h. du soir, nouvel accès de suffocation avec point douloureux à gauche. Ventouses et injection d'éther. Alimentation légère. La langue est toujours humide. La malade s'asphyxie au moindre mouvement, aussi préfère-t-on la laisser tranquille et on ne l'ausculte pas.

3 septembre. — La langue est toujours humide. Dans la journée, matin et soir, deux accès de dyspnée de courte durée : 1/4 d'heure chacun. Ils ne sont pas comparables aux accès précédents. Il est évident que la malade a été atteinte d'embolies pulmonaires. Alimentation légère.

4 septembre. — Tout rentre dans l'ordre, la malade va aussi bien que possible. Néanmoins, jusqu'au 13, tous les deux jours environ, elle rejette la valeur d'une cuillerée de pus par les organes génitaux. La température, le pouls et la respiration oscillent constamment dans les limites des premiers jours. Pleurésie gauche.

13 septembre. — La malade se plaint d'un point de côté douloureux qui s'irradie en avant et en arrière jusqu'à l'épaule gauche. A l'auscultation, on a les caractères de la pleurésie à droite et à gauche. L'épanchement se résorbe.

Comme elle se plaint beaucoup, on lui pose, pour la soulager, des ventouses. La plaie abdominale est tout à fait cicatrisée et sèche.

17 septembre. — Alimentation : jus de viande, banyuls. Nouvel écoulement purulent.

18 septembre. — Quelques gouttes de sang pur par le vagin.

20 septembre. — Matité aux deux bases remontant plus haut à droite, léger souffle à caractère pleurétique au niveau de l'union du 1/3 inférieur et des 2/3 supérieurs. Disparition du murmure vasculaire en bas et à droite. Pectoriloquie aphone au niveau du souffle.

21 septembre. — La malade, depuis trois jours, n'a plus eu de quinte, moins de souffle ; on entend un peu le murmure vésiculaire au niveau des bases. La matité des bases persiste.

Elle nous quitte au milieu d'octobre. Sa santé est excellente. Les bruits stéthoscopiques n'existent plus. La respiration est satisfaisante à droite comme à gauche.

Au toucher vaginal, on constate la déchirure du col à gauche et dans la partie péritonéale correspondante un épaississement manifeste. Nous avons d'ailleurs constaté en ce point un exsudat dont le volume était, à un instant, comparable au poing.

L'observation que je viens de vous relater présente deux points particulièrement intéressants à discuter :

Le premier se rapporte à la résistance du col.

Le second se rapporte au traitement de la rupture utérine.

J'ai la conscience d'avoir sauvé la vie de ma malade. Mon sentiment est étayé sur l'état grave où se trouvait cette femme dès la version accomplie, et sur la présence de l'épiploon faisant hernie à travers la déchirure au moment de la version, sur la présence de l'intestin à travers la déchirure au moment de l'opération.

La malade a subi entre la 7^e et la 8^e grossesse une opération sanglante du col, peut-être l'opération de Schröder, peut-être l'opération d'Hégar, peut-être toute autre opération analogue. Nous ne le savons pas au juste. Nous ne savons pas davantage si la cicatrisation de cette opération s'est faite par première intention ou par seconde intention. Les détails eussent été très intéressants à déterminer au point de vue de la rigidité du col survenue pendant le travail.

Les opérations sanglantes sur le col ont été accusées d'être la cause de nombreux méfais.

Il serait facile de compiler les publications qui ont vu le jour sur ce sujet. On sait que très souvent ces opérations obvient à la stérilité, contrairement à l'opinion inverse, qui a été cependant soutenue.

La grossesse et l'accouchement évoluent souvent normalement; mais on sait aussi que dans des cas exceptionnels l'accouchement est prématuré et que dans des cas plus exceptionnels encore l'accouchement est long, très long, et même impossible. Toutes les variétés de la durée du travail ont été signalées. Mais quelquefois, après un début assez traînant, on l'avu se terminer assez rapidement.

J'ai déjà eu l'occasion d'observer un cas de rigidité du col consécutive à une opération sanglante.

Il y a plus de dix ans de cela. La dame dont il s'agit avait consulté un de nos confrères les plus habiles. Elle désirait avoir des enfants et n'en avait pas.

Notre confrère pratiqua l'amputation du col. Elle devint enceinte et mena sa grossesse jusqu'au terme. Mais le travail fut très long, le col ne se dilatant pas. Je fus appelé en consultation. Au moment où je vis cette femme, elle était dans un état très grave, dans un état de prostration considérable, répondant à peine aux questions qu'on lui posait, la face bleuâtre, elle asphyxiait.

Elle était en travail depuis plus de deux jours. Le col de l'utérus n'était pas effacé, il se présentait sous la forme d'un canal de quelques centimètres, très dur, inextensible. L'enfant avait succombé depuis plusieurs heures au dire de la sage-femme qui l'assistait. Je jugeai la situation désespérée. Comme on me

pressait cependant de tenter même l'impossible, je me décidai à pratiquer une céphalotripsie. Je me servais alors du céphalotribe de Bailly. A l'aide de cet instrument, je pus extraire l'enfant, dégageant difficilement après la tête broyée, d'abord un bras, puis le second, et enfin, plus aisément, le tronc. La malheureuse femme succomba peu de temps après cette opération.

On explique ces anomalies du travail à la suite des opérations sur le col par le défaut de réunion par première intention. On incrimine par conséquent les procédés opératoires qui n'obtiennent pas une coaptation parfaite des lambeaux du col incisé. Je n'ai pas de document pour résoudre cette question.

J'arrive au second point de mon argumentation : Quelles réflexions le cas actuel éveille-t-il au sujet du traitement de la rupture utérine ?

Il ne faut pas trop s'enorgueillir des succès qu'on obtient ! Un travail de M. L. H. Petit repose sur la compulsion de faits assez curieux de fistules entéro-utérines à la suite de ruptures par conséquent guéries.

J'ai observé un cas qui montre comme certaines femmes peuvent guérir malgré les délabrements les plus considérables.

Voici l'observation que je relate de mémoire.

Il s'agissait d'une multipare, à terme, en travail depuis quelques heures, lorsque vers le soir les contractions utérines se suspendirent tout à coup. On était en pleines vacances. L'interne était en congé, c'était un externe qui le remplaçait. On ne diagnostiqua pas la rupture utérine. La parturiente passa la nuit dans cet état sans qu'on me prévint. Le matin, lorsque je vins faire mon service, on me parla de cette femme et j'allai aussitôt auprès d'elle. A la première imposition de la main sur l'abdomen, je constatai que le globe utérin était refoulé sur la gauche alors qu'on sentait le fœtus immédiatement sous la paroi abdominale à droite. L'état général était satisfaisant, le météorisme modéré, la douleur peu vive. La rupture utérine était cependant manifeste. Pas d'hémorrhagie.

J'introduisis la main, je passai facilement à travers la déchirure, qui était large et dont les bords n'étaient pas rétractés.

Je trouvai le fœtus au milieu des anses intestinales, j'atteignis facilement un de ses pieds et je pus l'extraire sans effort. Le placenta encore attaché au cordon fut ensuite retrouvé et enlevé. Les phénomènes de shock étant pour ainsi dire nuls, je ne me décidai pas à pratiquer la laparotomie, et je me bornai à faire un simple tamponnement avec de la gaze iodoformée. La femme guérit, autant que je me rappelle, sans grands accidents pendant les couches.

J'ai publié ici même un autre cas de rupture utérine à la suite d'une application antéro-postérieure de forceps. Le col de l'utérus avait été effondré par la cuiller postérieure du forceps ainsi que le cul-de-sac du vagin. A travers la déchirure, j'ai pu sentir l'intestin. La femme guérit aussi.

Aussi grave que soit la rupture utérine, ce n'est donc pas un arrêt de mort irrévocable.

Les deux femmes dont j'ai rapporté l'histoire, avaient d'ailleurs gardé un état général satisfaisant, et en rien comparable à celui observé dans le cas actuel.

On peut conclure de ces faits que la rupture utérine n'est pas une indication formelle de la laparotomie.

Si on se décide à la pratiquer, faut-il faire l'amputation utéro-ovarique ?

Je l'ai pratiquée une fois. On pourra en trouver l'observation dans la thèse d'un de mes élèves, Jaille : *Etude sur la gastrotomie dans les ruptures utérines*, 1886. La malade qui a servi de texte à ce travail a succombé. Et je ne serais pas disposé aujourd'hui à donner la préférence à l'opération de Porro. Elle reste cependant indiquée dans les cas où l'utérus est infecté. Dans l'observation de la thèse de Jaille, le pédicule n'a pas pu être fait au-dessous de la déchirure qui était trop étendue sur les parois latérales du bassin. Il est probable que le prolongement de la brèche péritonéale persistant au delà du pédicule a été la cause de la mort. A l'autopsie, nous avons, en effet, trouvé juste en ce point un abcès. Le souvenir de ce fait ne m'a pas permis de discuter dans mon observation d'aujourd'hui l'indication de

l'opération de Porro. Il me paraît évident que je n'aurais pas mieux réussi à tracer mon pédicule au-dessous de la déchirure péritonéale.

Dans le cas où la femme n'est pas infectée, il faudra donc mieux recourir à l'affrontement aussi exact et aussi étendu que possible des bords séparés du péritoine. Je ne pense pas qu'on doive comprendre le muscle dans les points de suture. Je ne l'ai pas fait parce que la double déchirure utérine ne dessinait pas de la double déchirure péritonéale et que j'avais déjà eu assez de peine de poursuivre le péritoine pour rechercher encore la déchirure musculaire. Est-il d'ailleurs bien prudent de vouloir réunir les bords hachés et irréguliers de cette déchirure ?

Discussion :

M. LABUSQUIÈRE. — N'y avait-il pas ici indication de dilater artificiellement le col, ce qui eût peut-être évité la rupture ?

M. LOVIER. — J'ai observé dernièrement une jeune femme chez laquelle on avait pratiqué autrefois une opération sur le col de l'utérus : L'accouchement a été très rapide. Ce qui chez elle me frappa, c'est que pendant les quinze derniers jours de la grossesse elle avait une telle déhiscence du col que j'ai pensé à la possibilité d'un accouchement prématuré.

M. BONNET. — Lorsqu'on parle d'opération sur le col ayant entravé le travail de l'accouchement, il importe de savoir la nature de l'intervention qui a été faite. Aujourd'hui la cicatrisation de Schröder se faisant par première intention, il ne doit plus y avoir production de tissu cicatriciel, et, par conséquent, on ne doit plus redouter la rigidité de l'orifice lors de l'accouchement.

M. CHARPENTIER. — Comme M. Labusquière, je crois qu'on aurait dû faire la dilatation artificielle du col, puisque, en outre de la présentation de l'épaule, de la longue durée du tra-

vail, l'enfant était mort depuis 24 heures. Il y avait là indication formelle d'intervenir.

M. PETIT. — J'ai accouché huit femmes auxquelles j'avais pratiqué l'opération de Schröder : ces huit accouchements furent normaux. Chez deux autres femmes, qui n'avaient pas été opérées par moi, la dilatation fut lente, stationnaire, pendant 48 heures, puis tout se termina normalement.

Un point sur lequel j'insiste, c'est qu'il est absolument nécessaire d'avoir un ostium très large, ce à quoi on arrive facilement en plaçant quatre points de suture latéraux.

M. NITOT. — Etant donné le grand nombre d'opérations de Schröder qui ont été pratiquées, et leurs suites ordinairement heureuses au point de vue de l'accouchement, on est fondé à continuer à recommander cette opération.

M. PORAK. — Je n'ai pas voulu recourir à la dilatation artificielle du col. J'ai si souvent vu le travail, quoique prolongé, se terminer heureusement pour la mère et pour l'enfant, j'ai si souvent vu des accidents terribles résulter de l'accouchement forcé, que je suis disposé à rester expectateur. Professeur dans une Ecole de sages-femmes, je suis tenu par mon enseignement à rester fidèle aux vieux principes de prudence et de patience. Un vent d'interventions audacieuses souffle aujourd'hui. On réussit à dilater le col à l'aide du colpeurynter en Allemagne, du ballon de Champetier de Ribes ici, etc., à l'aide d'instruments métalliques : écarteurs de Tarnier et de Bossi, à l'aide de manœuvres digitales dont en particulier notre collègue Bonnaire se fait le défenseur, etc. Je crois, en effet, qu'il y a lieu de surveiller avec attention le mouvement actuel qui est très intéressant et de s'assimiler les résultats qui seront démontrés utiles.

Que serait-il advenu dans mon observation, si j'avais forcé l'accouchement ? Qu'advviendrait-il d'une façon plus générale

dans la dilatation forcée de la rigidité cicatricielle du col ? Il me semble qu'on l'aurait déchiré.

Que quelqu'un commence, je ne demande pas mieux que dem'engager à sa suite s'il sort de son intervention avec honneur !

M. le Président propose de mettre à l'ordre du jour la question suivante : *Des conséquences de l'opération de Schræder au point de vue obstétrical.* (Adopté.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 10 novembre 1898.

Présidence de M. DOLÉRIS.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Lettre du Dr Apostolidès, président de la Société médicale de Syra (Cyclades), annonçant la création de cette Société et l'envoi des communications qui y ont été faites pendant les années 1894 et 1895. Πρακτικά ιατρικής εταιρίας Σύρου. — Le président envoie à la Société de médecine de Syra toutes ses félicitations et ses meilleurs souhaits.

Ouvrages reçus : Journaux habituels. — *Annals of gynecology and pediatry*, Juin 1898. *Nordiskt medicinskt Arkiv*. — *Conservation of the ovaries*, par M. B. Scherwood-Dunn.

M. RICHELOT : Rapport sur la candidature de M. SCHERWOOD-DUNN, de Boston, au titre de membre correspondant. (MM. PORAK et RICHELOT, rapp.)

Communications : MM. MAYGRIER et BLONDEL : Traitement des crevasses du mamelon par l'orthoforme. *Discussion :* MM. DOLÉRIS, MAYGRIER. — M. DOLÉRIS : hémorrhagies tubo-ovariques et grossesse extra-utérine. *Discussion :* MM. PETIT, MAYGRIER, DOLÉRIS. — M. DOLÉRIS : Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. *Discussion :* MM. LABUSQUIÈRE, DOLÉRIS. — M. PORAK : Métrite et vaginite gangréneuses de cause puerpérale et infectieuse. Disparition du vagin par accolement des parois. Disparition totale de l'utérus par superinvolution. Reconstitution de la cavité vaginale par destruction des adhérences et maintien de cette cavité à l'aide de greffes épidermo-dermiques. *Discussion :* MM. DOLÉRIS, PORAK. — M. PORAK et NATHAN-LARRIER : A propos d'une observation d'angiome congénital chez les nouveau-nés. *Discussion :* MM. TISSIER, PORAK. — M. PETIT : De l'emploi de la solution de chlorure de chaux en gynécologie. *Discussion :* M. DOLÉRIS.

M. RICHELLOT : Rapport sur la candidature de M. le D^r Sherwood-Dunn (de Boston) au titre de membre correspondant. — M. le D^r Sherwood-Dunn, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société, n'est pas un inconnu parmi nous. Il a passé à Paris plusieurs années, y a étudié la gynécologie française, s'est imbu de nos idées, de nos doctrines, de notre pratique, et en s'établissant à Boston, il y a porté notre esprit avec l'expérience qu'il avait acquise parmi nous.

Pendant son séjour en France, M. Sherwood-Dunn n'a cessé de montrer pour la science et les savants de notre pays la plus vive et certainement la plus sincère sympathie. J'ai eu personnellement avec lui les relations les plus courtoises, les plus amicales, et je puis me porter garant du soin qu'il apportait dans ses travaux et du zèle qu'il montrait à l'hôpital. Il suivait assidûment le service gynécologique de l'hôpital Broca, et faisait à Saint-Louis des visites fréquentes.

Depuis qu'il exerce en Amérique, M. Sherwood-Dunn a écrit plusieurs mémoires, presque tous inspirés de la Gynécologie française, qui ont paru dans divers recueils, notamment dans les *Annals of gynecology and pediatry* de Boston. Il y a fait connaître nos travaux de ces dernières années, en particulier nos méthodes d'hystérectomie vaginale et abdominale. Mais c'est surtout à la gynécologie conservatrice que notre collègue a consacré ses méditations, et il nous en donne la preuve dans un mémoire dont je vous donnerai une analyse sommaire, et qui a pour titre *Conservation of the ovary*.

L'auteur rappelle d'abord les travaux de Brown-Séquard sur certains points de la physiologie des glandes, sur la probabilité d'une sécrétion interne de ces organes, et montre que leur suppression est la cause de certains troubles vasculaires et nerveux. Je ne veux pas m'attarder à critiquer une à une ses opinions, ni à montrer comment il se laisse, selon moi, entraîner à l'exagération, lorsqu'il rapporte avec beaucoup de sincérité, mais après une étude un peu partielle, que sur cent cas de castration ovarienne on trouve 78 fois la perte de la mémoire, 50 fois un grave changement de caractère, 42 fois la dépression mentale et la mélancolie, 75 fois la diminution des désirs sexuels, 35 fois l'obésité etc. S'il pousse tellement les choses au noir, il faut lui pardon-

ner, car c'est dans l'excellente intention d'avertir les opérateurs des graves responsabilités qu'ils assument.

Il cherche à établir un fait qui serait bien intéressant, mais qui, d'après mon expérience, n'est pas exact, à savoir que l'ablation de l'utérus seul, les ovaires restant en place, amène des troubles fonctionnels moindres que l'ablation des ovaires en laissant l'utérus. Cette opinion est plus conforme à la théorie qu'à l'observation directe ; mais M. Sherwood-Dunn l'a prise dans l'enseignement qu'il a reçu à Paris auprès de certains de nos collègues.

Il conclut en recommandant, contre les troubles nerveux consécutifs à la castration, une thérapeutique qui est fort en honneur en ce moment et sur laquelle le dernier mot est loin d'être dit, l'administration de l'ovarine. Il étudie les diverses formes par lesquelles on peut donner cette substance, et supporte avec détails trois observations personnelles.

Son mémoire se termine par des considérations sur l'ignipuncture et la résection partielle des ovaires, opérations conservatrices dont il fait éloge et qui donnent en effet, dans certains cas, des résultats satisfaisants.

M. Sherwood-Dunn nous a encore envoyé un travail qu'il a lu devant la « Mississippi Valley médical Association », et qui a pour titre *Mothers and Daughters*. L'auteur y aborde un sujet des plus délicats, les rapports de la mère et de la fille dans l'éducation, et cherche à démontrer que, pour la santé et l'avenir de la race, il y aurait lieu de détruire certains préjugés qui empêchent les parents de révéler de bonne heure à leurs filles certains détails sur leur constitution physique, leurs fonctions, les lois de la maternité, les mystères de la génération. Il estime qu'en instruisant les jeunes filles des choses qu'elles ignorent trop longtemps, on leur éviterait bien des erreurs, bien des fautes contre l'hygiène, et on préviendrait mieux le développement des maladies qui nuisent au développement de l'espèce. Il y a là encore une tendance conservatrice et prophylactique dont il faut louer notre collègue, en reconnaissant qu'il a su prendre aux maîtres dont il se réclame les principes de sagesse et de modération qui font l'honneur de la gynécologie française.

M. Sherwood-Dunn est membre de l'American Association of obstetricians and Gynecologists, de l'American medical, Missis-

sipi Valley and Tri-State medical Societies. Il espère que vous le trouverez digne d'ajouter à ces titres celui de membre correspondant de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, et je ne doute pas que son légitime désir soit rapidement exaucé.

MM. Ch. MAYGRIER et R. BLONDEL : Traitement des crevasses du mamelon par l'orthoforme.

Il existe peu d'affections contre lesquelles il ait été proposé autant de remèdes de toute sorte que contre les crevasses du sein : cette richesse apparente est ici, comme toujours, la preuve de notre indigence en médication réellement efficace. Il nous paraît inutile, d'autre part, de faire remarquer combien il serait regrettable de mépriser cette petite lésion qui, si elle est passagère et en général bénigne, n'en est pas moins des plus douloureuses et constitue la porte d'entrée ordinaire à l'infection de la glande mammaire, infection dont nous n'avons pas à faire ressortir les inconvénients sérieux pour la mère et les dangers pour l'enfant. Que ce soit par la douleur amenant la répugnance insurmontable de la nourrice pour la prise du sein par le nourrisson, que ce soit par l'infection de la glande, c'est, de toutes façons, l'allaitement maternel compromis, résultat que nous devons chercher à éviter par tous les moyens. Or, dans la clientèle de ville, notamment, nombreuses sont les mères qui ont renoncé à allaiter elles-mêmes leur enfant, uniquement parce que des crevasses sont survenues et qu'elles n'ont pas eu le courage d'affronter la douleur exaspérante de la prise du sein, ou même parce que de la lymphangite ou des abcès se sont déclarés à la suite de ces crevasses.

Pansement antiseptique, pansement humide, pansement sec, pansement astringent, vernis cicatrisants, anesthésiques locaux, tout a été essayé, avec des résultats variables : teinture de benjoin, tannin, collodion, alcool, permanganate de potasse, cocaïne, etc., rien ne s'est montré définitivement et constamment efficace. Ajoutons, d'ailleurs, que rien n'est variable comme les conditions dans lesquelles le traitement est habituellement entrepris, les crevasses étant plus ou moins nombreuses, plus ou moins profondes, plus ou moins infectées dans chaque cas mis en traitement.

Dans la pratique, jusqu'ici, c'est le pansement à l'alcool, tel que l'emploie M. Budin, qui nous a donné les meilleurs résultats, mais les phénomènes douloureux n'en subsistaient pas moins, et nous avons vu qu'ils ont une réelle importance. La cocaïne, préconisée par A. Hergott (1), à ce point de vue spécial, n'a pas donné tout ce qu'on en attendait ; même en recommandant de laver le mamelon cocaïné avant de le présenter à l'enfant, elle n'en reste pas moins un poison dangereux pour celui-ci, mis par conséquent à la merci d'une négligence. De plus, elle n'est pas sans action sur la physiologie de la sécrétion lactée. Plusieurs praticiens, dont Guénel, de Nantes (2), qui a publié une observation instructive à ce sujet, ont constaté que l'emploi de la cocaïne diminuait et même arrêtait complètement cette sécrétion. L'un de nous l'a employée deux fois en ville, systématiquement, pour supprimer l'allaitement à l'époque choisie pour le sevrage, et avec succès. Ce résultat n'est pas très surprenant si l'on songe au rôle que joue l'excitation des papilles du mamelon dans le travail de la glande : supprimer son excitabilité par un anesthésique, c'est, il semble, fermer la porte au réflexe trophique essentiel.

C'est dans ces conditions que nous avons songé à essayer l'emploi de l'orthoforme, qui a déjà fait ses preuves comme anesthésique local sur les excoriations cutanées ou muqueuses entre les mains de Klaussner, Hirschruch, Ginestous, Kallemberger, Neumayer, Yonge, etc.

Sans nous attarder sur l'histoire chimique de l'orthoforme, qui a été faite par tous les auteurs précités, nous rappellerons que c'est l'éther méthylique de l'acide para-amido-méta-oxy-benzoïque, produit synthétique appartenant à la même famille chimique que la cocaïne, l'ecgonine et les diverses eucaines décrites depuis quelque temps. Einhorn et Heinz (3), qui l'ont découvert, ont cherché, par des substitutions de groupes moléculaires nouveaux dans la formule de constitution de la cocaïne, à conserver et même à exalter son pouvoir anesthésique, en diminuant son pouvoir toxique. L'orthoforme est une poudre cristalline, d'un

(1) A. HERGOTT. — *Annales de Gyn.* février 1885, t. XXIII, p. 81.

(2) GUÉNEL. — *Société médicale de Nantes*, 23 janvier 1893.

(3) EINHORN et HEINZ. — *Munch. med. Woch.*, 1897, n° 34, an. in *Bulletin médical* 1897, n° 94.

blanc jaunâtre, insipide et inodore, faiblement et lentement soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et surtout l'éther. Sa toxicité est nulle. Einhorn a pu appliquer en une semaine 50 grammes d'orthoforme sur un large ulcère de la jambe sans provoquer aucun phénomène d'intoxication. Plus récemment Soulier et Guinard (1), de Lyon, ont étudié, d'une façon plus précise la toxicité de l'orthoforme et l'ont trouvée égale à 1 gramme par kilogr. du poids du corps, chez le chien, pour l'administration par la voie stomacale, à 0 gr. 02 par kilogr. chez le lapin, pour la voie intra-veineuse. Son action générale se rapprocherait de celle des analgésiques.

Ajoutons qu'il a été employé à l'intérieur par doses de 0.05 et 0.10 chez l'homme, sans provoquer aucun phénomène d'intoxication, ni même d'intolérance ; ces expériences étaient faites dans le but d'obtenir l'analgésie et l'antiseptie des voies urinaires, grâce au passage de l'orthoforme dans les urines.

L'orthoforme a été présenté par son inventeur comme doué de propriétés antiseptiques. Lichtwiz et Sabrazès (2) l'ont expérimenté à ce point de vue et lui ont trouvé un pouvoir antiseptique moyen. Il est capable de ralentir le développement en culture du staphylocoque doré et d'arrêter assez rapidement son réensemencement en séries. S'il n'est pas assez puissant pour arrêter à lui seul un processus infectieux commencé avant son emploi, du moins peut-on, sans danger d'infection, l'appliquer directement sur les plaies sans qu'il soit besoin de le stériliser. Dans trois de nos observations, nous avons eu à noter toutefois l'apparition d'une légère infection du sein, au cours de l'emploi de l'orthoforme. Dans l'une d'elles, tout se borna à un peu de rougeur du mamelon, avec élévation de la température de quelques dixièmes de degré ; l'orthoforme fut maintenu et, le lendemain, tout était rentré dans l'ordre. Chez les deux autres malades, une véritable lymphangite, légère d'ailleurs, se produisit, imputable, il est vrai, à un défaut d'asepsie dans le mode de pansement. L'orthoforme fut suspendu et remplacé par un pansement humide : tout s'apaisa en deux ou trois jours. Retenons simplement de ceci que l'orthoforme n'est que modérément an-

(1) SOULIER et GUINARD. — *Soc. nat. de méd. de Lyon*, séance du 25 juillet 1898.

(2) LIGHTWIZ et SABRAZÈS. — *Bulletin médical*, 1897, n° 94.

tiseptique et qu'on fera bien, dans son emploi, de ne pas se départir des précautions d'asepsie habituelles. Peut-il, par lui-même, être le véhicule de germes et apporter avec lui l'infection ? En un mot, est-il besoin de le soumettre à une désinfection avant son emploi ? Nous ne le croyons pas. Outre que, dans les trois observations mentionnées plus haut, les fautes dans le pansement furent évidentes, nous avons, comme contrôle, ensemencé sur les milieux ordinaires de culture (bouillon, agar, gélatine), une pincée d'orthoforme pris à la surface d'une boîte ouverte depuis plusieurs jours et servant couramment aux pansements dans une des salles du service. Ces ensemencements, laissés huit jours à l'étuve de Roux, à 38°, sont demeurés constamment stériles.

Que si, néanmoins, on croyait devoir n'employer que de l'orthoforme ayant subi une stérilisation préalable, celle-ci peut être obtenue, comme l'a fait à notre demande le D^r Martin, par dissolution de la poudre dans l'alcool absolu et chauffage de la solution en tube scellé à 130° dans l'autoclave pendant une heure. Cette opération ne paraît pas modifier les propriétés de l'orthoforme, qui toutefois jaunit un peu et ne cristallise plus aussi facilement. Mais, nous le répétons, c'est là une opération inutile.

Le point le plus intéressant de l'histoire de l'orthoforme, c'est son action analgésique locale. Elle est très énergique, puisque les brûlures les plus profondes deviennent presque immédiatement indolores à son contact et que l'un de nous (1) a pu pratiquer le curettage sans anesthésie générale après son emploi, sans douleurs trop marquée. Bernoud et Garel (2) l'ont utilisé avec succès, à Lyon, pour remédier à la dysphagie causée par des ulcérations tuberculeuses ou des plaies opératoires du pharynx. Yonge (3) a calmé, par son emploi, les douleurs cuisantes de plaies à vif. Enfin, l'un de nous s'en est servi avec avantage comme topique sur des vésicules d'herpès excoriées et même sur des vésicules du zona intercostal, où il a amené un soulagement véritablement remarquable.

Cette action est beaucoup plus durable que celle de la cocaïne

(1) BLONDEL. — *Acad. de médecine*, 20 mai 1898. *Revue de Thérapeutique*, 15 mai 1898.

(2) BERNOUD et GAREL. — *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 23 mars 1898.

(3) YONGE. — *British. med. Journal*, 1897, p. 362.

et, dans toutes les observations publiées, la prolongation de l'analgésie locale se compte, non plus par minutes, mais par heures. Sa moyenne est de douze heures, mais elle a atteint souvent vingt-quatre heures et même, exceptionnellement, quarante-huit heures (Einhorn).

Mais cette action ne s'exerce pas sur l'épithélium intact, comme le fait la cocaïne : déposé sur la langue, l'orthoforme n'y produit pas la sensation d'engourdissement particulière à celle-ci. Noguès (1) a échoué quand il a voulu l'employer comme analgésique de la vessie et de l'urèthre. Il faut que le derme soit mis à nu et que le topique entre en contact immédiat avec les terminaisons nerveuses. Son indication essentielle est donc l'existence d'une plaie ou d'une excoriation, même légère ; dans ces conditions, il produit une suppression absolue de la sensibilité, qui s'étend assez loin en profondeur. On a proposé de calmer les gastralgies en appliquant de l'orthoforme sur la région du creux épigastrique, dénudée au préalable par une légère vésication. Il est tout indiqué comme pansement du vésicatoire.

Il importe en outre que le contact avec la plaie soit continu, tant qu'on veut obtenir l'analgésie : si le topique est enlevé, ne fût-ce que par une exsudation ou une sécrétion locale, l'analgésie disparaît. Il semble que ce soit sa lente solubilité dans les liquides de l'économie qui soit la cause de la durée de ses effets, comme si les doses graduellement dissoutes n'entraient en action que successivement. Un dérivé soluble de l'orthoforme, le chlorhydrate, procure une analgésie sensiblement plus courte : d'ailleurs son emploi est irritant et son premier contact avec les tissus est réellement douloureux pendant quelques instants, avant l'installation de l'analgésie.

La poudre d'orthoforme elle-même ne va pas sans produire une très légère cuisson, de très courte durée, au moment où on l'applique.

Nous avons, depuis six mois, employé l'orthoforme dans le service d'accouchement de la Charité chez 40 malades pour le traitement des crevasses du sein. Toutes, sans exception, ont éprouvé, avec son emploi, un soulagement plus ou moins marqué.

(1) Noguès. — *Ann. des Org. gén. urinaires*, avril 1898.

A part les trois cas, cités plus haut, d'inflammation légère due à une faute d'asepsie de la part des élèves ou des sages-femmes chargés des pansements, nous n'avons eu aucun accident à observer.

Nous avons essayé trois modes d'application de l'orthoforme : *la poudre avec pansement humide, la poudre avec pansement sec, la solution alcoolique saturée.*

Le pansement humide a été employé dans 29 cas, dont les observations figurent dans la thèse (1) de M. Teisseire, externe du service, qui les a prises sur nos indications. Ce pansement a consisté simplement dans l'application direct de la poudre sur la crevasse, jusqu'à ce que celle-ci disparût sous le topique. Des compresses de gaze stérilisée, imbibées légèrement d'eau stérilisée ou d'eau boriquée, puis exprimées avec soin, étaient ensuite appliquées sur tout le sein et recouvertes à leur tour d'un carré de taffetas gommé. Pour la tétée, le pansement était retiré, le sein essuyé avec une compresse stérilisée ; le tout était remis en place tel quel, aussitôt la tétée terminée.

Le pansement *sec* ne différait du précédent que par l'emploi de compresses stérilisées appliquées à sec.

Le pansement à l'aide de la solution alcoolique a consisté dans l'application de quelques gouttes de la solution saturée d'orthoforme, dans l'alcool à 80°, sur la crevasse, suivie de l'application d'une compresse sèche.

Le pansement sec a été employé dans 6 cas, le pansement alcoolisé dans 5. Enfin deux malades, atteintes de crevasses aux deux seins, ont reçu de l'orthoforme en poudre sur l'un, et IV gouttes de la solution alcoolique sur l'autre.

Voici les conclusions auxquelles nous ont conduit le dépouillement de ces 40 observations :

L'application de la poudre est toujours suivie d'une légère cuisson, assez vive chez l'une des femmes (n° 12). Cette douleur s'atténue bientôt et disparaît au bout d'une ou deux minutes, de 5 minutes dans trois cas. Au fur et à mesure que les pansements se répétaient, la douleur devenait de plus en plus insignifiante. Il est vrai que la cicatrisation, comme nous le verrons plus loin, allait chaque jour en progressant.

(1) L. TEISSEIRE. — *Traitement des gerçures et crevasses du sein par l'orthoforme*. Thèse de Paris, 1898.

Le contact de la solution alcoolique produisait une douleur semblable, pas plus forte, comme l'affirmaient les malades soumises au traitement mixte (poudre sur l'un des seins, solution alcoolique sur l'autre).

Chez toutes les malades, l'analgésie complète du sein *au repos* se produisait aussitôt après la disparition de cette légère cuisson.

La sensibilité *à la tétée* a été chez toutes considérablement diminuée, chez la plupart à peu près abolie. Une légère douleur a persisté le premier et le second jour avec les premiers mouvements de succion. Encore importe-t-il de distinguer, à ce point de vue, des cas où le sein a été donné aussitôt après l'application de l'orthoforme et ceux où il a été donné une heure ou deux heures plus tard. Dans ce dernier cas, l'analgésie était à peu près absolue dès le début, complète dès le second jour. La tétée pratiquée une minute après le pansement, c'est-à-dire dès que la cuisson a disparu, reste douloureuse quand on s'est servi de la poudre, beaucoup plus faible ou même nulle, quand on s'est servi de la solution alcoolique. Chez les malades soumises au pansement humide, il fallut attendre en moyenne un quart d'heure pour donner le sein avec la presque certitude d'obtenir l'analgésie. Avec le pansement sec, cette durée est plus variable et peut atteindre deux heures.

En somme, au point de vue de la rapidité d'action, il faut placer en première ligne la solution alcoolique, puis la poudre avec pansement humide, en troisième lieu la poudre avec pansement sec.

Après la tétée, l'analgésie persiste pendant un temps variable, atteignant en moyenne cinq à six heures. Presque toujours, la tétée suivante demeure indolore sans nouvelle application d'orthoforme. Il est prudent d'en remettre aussitôt après cette seconde tétée si l'on veut être sûr d'obtenir l'analgésie pour la troisième.

A cet égard, on rencontre de véritables difficultés à obtenir des malades des réponses précises et invariables. Cependant, ce qui n'est pas douteux, c'est que lorsqu'on cesse de les interroger et qu'elles abandonnent le rôle important qu'elles croient devoir jouer quand on leur demande leur opinion, elles s'empressent de redemander d'elles-mêmes de l'orthoforme et déclarent aussitôt qu'il n'y a pas de comparaison, au point de vue de la sensibi-

lité, entre une tétée donnée avec ou sans lui. Une seule malade a déclaré n'avoir été qu'une seule fois soulagée par l'application de l'orthoforme (la seconde) et n'en avoir plus retiré ensuite aucun bénéfice. Il est bien difficile de retirer une conclusion de ce fait isolé.

Un point que nous signalerons en terminant, c'est l'action cicatrisante que l'orthoforme paraît avoir exercé sur les crevasses : celles-ci se sont fermées avec une rapidité, en général, plus grande qu'avec tout autre pansement. Bien qu'il soit difficile d'établir des comparaisons entre des plaies d'étendue et de profondeur très inégales, nous avons noté le chiffre de quatre jours (4,20) comme la moyenne de la durée de la cicatrisation, sans que jamais les tétées aient été supprimées ; alors, qu'avec les autres traitements, y compris la suppression des tétées, la cicatrisation demande, en général, de 10 à 12 jours.

En résumé, l'orthoforme nous paraît devoir être appelé à rendre de réels services dans le traitement des crevasses du mamelon, quelle que soit leur étendue.

A part une courte cuisson au premier contact, son application, faite dans des conditions normales d'asepsie, c'est-à-dire avec lavages fréquents du sein et mise à l'abri des contagés extérieurs, ne nous a paru donner lieu à aucun inconvénient.

L'analgésie apparaît de 1 à 15 minutes après l'application du médicament. La sensibilité du sein à la succion s'établit ordinairement au bout d'un quart d'heure, rarement une heure ou même deux. Elle dure pendant l'intervalle de deux tétées et pendant la tétée suivante.

La cicatrisation de la crevasse est certainement hâtée par son emploi.

Le mode d'application paraît importer peu, qu'il s'agisse de la poudre avec pansement sec ou humide, ou de la solution alcoolique saturée (IV gouttes). Cependant, cette dernière paraît provoquer une cuisson plus courte et réaliser l'analgésie plus rapidement. Outre qu'elle permet d'obtenir un contact plus sûr avec toutes les anfractuosités de la crevasse, elle ajoute aux avantages de l'orthoforme, ceux du pansement alcoolique, qui, à dès longtemps, fait ses preuves. C'est donc à la solution alcoolique que nous donnons la préférence.

Discussion :

M. DOLÉRIS. — Je remercie MM. Maygrier et Blondel de leur très utile communication, car nous ne saurions avoir trop de moyens pour combattre les crevasses du mamelon, et il serait à souhaiter que ceux qui auront connaissance de ce mémoire essayent l'orthoforme et nous communiquent le résultat obtenu.

M. MAYGRIER. — J'ajouterai que ces recherches faites dans mon service seront continuées et que je tiendrai la Société au courant de ces expériences.

M. DOLÉRIS : Hémorrhagies tubo-ovariques et grossesse extra-utérine.

Depuis la démonstration de la théorie gravidique de l'hématocèle pelvienne due à Gallard, d'abord par Tait, plus tard par Veit et à l'heure actuelle par l'ensemble des accoucheurs et des gynécologues, cette doctrine a pris une extension telle qu'aujourd'hui la plupart des hémorrhagies soupçonnées ou rencontrées dans le bassin, au cours d'une intervention, sont rangées, presque sans discussion, dans la catégorie des grossesses ectopiques, tubaires avec ou sans rupture de la poche.

Mes premières recherches sur la question, qui remontent à l'année 1890, basées sur les examens histologiques pratiqués par mon assistant le Dr D. Petit, tendaient à confirmer les affirmations des chirurgiens étrangers. Des études ultérieures de Pilliet eurent pour résultat de généraliser encore davantage cette doctrine.

Il y a dans cette façon d'apprécier les faits une tendance qui me paraît beaucoup trop exclusive.

Déjà, lors du travail de Veit, C. Ruge s'éleva contre elle et malgré la démonstration convaincante sur un des faits allégués, prononça cette phrase : « *Soit, mais je tiens à dire que pour moi l'hémato-salpinx n'est pas toujours ou presque toujours l'équivalent de grossesse tubaire.* »

Cette idée ainsi exprimée visait évidemment le caractère trop absolu de l'opinion inverse de Veit qui, de son côté, « *avant de croire à l'entité de l'hémato-salpinx, demandait qu'on lui fit au*

moins la preuve, dans un seul cas d'hémorrhagie tubaire, de l'absence des villosités choriales ».

De mon côté et très peu de temps après ces discussions, le 9 janvier 1890, dans une séance de la Société obstétricale et gynécologique, je résumais mon avis sur la question de la façon suivante :

« Un point encore controversé et tout aussi obscur, est la connaissance des relations qui existent entre les épanchements sanguins du petit bassin et la grossesse *extra-utérine*. Il y a peu d'années encore, le mot d'*hématocèle rétro-utérine*, résumait toutes les variétés d'hémorrhagies enkystées ou non dans la région pelvienne.

Aujourd'hui il est surabondamment démontré qu'il s'agit, le plus souvent dans ces cas, d'*hémato-salpinx*. Rarement il est question d'un gros kyste hémorrhagique de l'ovaire ou d'une rupture vasculaire dans des néo-membranes péri-oophoro-salpingitiques.

Si cette notion se confirme, et si nous devons nous habituer à considérer la grande majorité des hémorrhagies pelviennes comme des kystes sanguins primitifs de la trompe, nous ne serons pas loin d'adhérer à une nouveauté pathologique vivement soutenue par Tait, à savoir la fréquence de la *grossesse extra-utérine* tubaire. Les pièces trop nombreuses, a-t-il semblé d'abord, que ce chirurgien a produites à l'appui de sa pratique chirurgicale, représentaient, selon lui, des débris de kystes fœtaux renfermés dans des trompes supposées chroniquement enflammées. Ces débris étaient réduits à des portions membraneuses, à des caillots plus ou moins organisés, et seulement dans quelques-unes de ces pièces pathologiques, on reconnaissait manifestement la présence d'un œuf plus ou moins désorganisé.

Les chirurgiens américains ont à leur tour opéré un nombre assez considérable de ces cas où le doute n'était pas permis après un minutieux examen : l'hémato-salpinx cachait un kyste fœtal, jeune, abortif.

Un travail intéressant de Watten (de Louisville) (*Amer Journ. of Obst.*, août 1889) plaide très fort en faveur de l'assimilation des hématomes pelviens avec la grossesse ectopique

L'auteur s'appuie surtout sur cette double considération, à savoir que :

1° Les prétendues hématoécèles pelviennes ne sont presque jamais des effusions hémorrhagiques libres dans la cavité péritonéale, mais bien des kystes sanguins renfermés dans la trompe.

2° Les grossesses ectopiques sont le plus ordinairement tubaires et la grande masse de ces kystes fœtaux reconnus se sont rompus du troisième au cinquième mois.

Quant aux kystes fœtaux tubaires qui se rompent dans les premières semaines, j'estime, pour ma part, que leur nombre doit être plus considérable encore.

Antérieurement *Veit* (*Répert. Uni.*, juillet 1889, p. 327) avait émis une opinion plus affirmative encore, car, pour cet auteur, l'assimilation devrait être quasi absolue et constante entre l'hémato-salpinx et la grossesse tubaire abortive jeune. Cette opinion fut contestée par *Ruge* qui s'appuyait en particulier sur l'examen d'une pièce d'hémato-salpinx présentée le 10 mai à la *Soc. gyn. de Berlin*, dont l'examen lui paraissait négatif. Sur l'invitation de *Veit*, l'analyse histologique fut reprise avec plus de soin et à la séance du 12 juillet de la *Soc. Gyn. de Berlin*, Keller représente la même pièce sur laquelle il a reconnu manifestement des villosités choriales. *Veit* félicite Keller d'avoir contribué à confirmer sa doctrine et C. Ruge, convaincu pour cette fois, répond par la phrase citée plus haut. Il ajoute qu'en raison de l'apparence qui peut faire confondre des coagula fibrineux avec des filaments villositaires, il y a lieu de démontrer l'existence de véritables cellules déciduales.

De cette discussion (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 24, p. 2, 1889), il faut nécessairement conclure à la fréquence sinon à la constance de l'idée de *Veit*. Tout au moins faut-il avoir l'attention ouverte sur ces faits.

Le hasard m'a fait tomber sur deux cas de grossesse tubaire que j'ai opérées par la laparotomie. Un a déjà été publié ici.

Le cas suivant que je présente aujourd'hui avait été diagnostiqué pour un *hémato-salpinx* et, de fait, à l'examen microscopique des pièces il était impossible de discerner autre chose qu'un caillot enkysté. Je me suis refusé d'abord à y voir un kyste fœtal dégénéré. Mais l'étude hystologique des pièces, faite avec le plus grand soin et une compétence parfaite, par mon assistant, M. le Dr Petit, a fait justice de mon hésitation. L'existence des villosités choriales parfaitement conservées, que j'ai pu constater sur

des débris frais et sur des coupes, est la démonstration catégorique du diagnostic.

Il sera donc intéressant de poursuivre avec patience et attention l'étude des pièces diagnostiquées *hémato-salpinx*, pour voir si le plus souvent il ne s'agit pas de *grossesses tubaires*.

Cette démonstration ferait revivre, sous une autre forme, la doctrine si énergiquement défendue par *Gallard*. »

*
*
*

Depuis cette époque j'ai rencontré et opéré bien des cas d'hématomes plus ou moins anciens de la trompe et du Douglas, tantôt enkystés dans le pavillon distendu, tantôt occupant à la fois la cavité tubaire rompue et le cul-de-sac péritonéal. J'ai eu occasion d'intervenir assez fréquemment dans des cas d'hémorragies considérables de la cavité pelvienne de date récente, dans lesquels la grossesse tubaire ou tubo-abdominale était loin d'apparaître comme évidente, malgré les investigations auxquelles j'ai pu me livrer au cours de l'opération et l'examen histologique attentif des pièces enlevées.

Le doute a naturellement persisté dans mon esprit.

Je constate aujourd'hui que ce doute est partagé par bien des Gynécologues et que nous sommes obligés de tenir compte de causes multiples dans la production des hémorragies pelviennes, plus souvent qu'on n'a coutume de le faire.

Pozzi a bien fait le départ entre les différentes variétés d'hématocèle et ne s'est point laissé convaincre par les théories modernes venues d'Allemagne et d'Angleterre que je persiste à considérer comme excessives dans leur exclusivisme. Je suis d'accord avec lui sur ce point que l'origine de l'hémorragie peut être variable ; qu'en tout cas, il ne faut pas attribuer toute hémorragie pelvi-péritonéale à une grossesse ectopique abortive rompue.

Il n'a peut être pas fait la part assez large aux hématocèles d'origine ovarienne. Tout en les classant logiquement à côté des autres espèces, il pense qu'elles ne constituent pas un accident sérieux et ne se traduisent pas par une hémorragie abondante dans le péritoine. C'est sur ce point spécial que je reviendrai tout à l'heure.

Un rapport de Picqué à la Société de chirurgie, datant de l'an-

née 1896, conclut aussi à l'abus de la conception qui assimile toute hémorrhagie tubaire ou tubo-pelvienne à une grossesse ectopique ou à un avortement tubaire.

Bouilly, dans un important mémoire, sur la grossesse ectopique ne s'attache pas à élucider le côté étiologique de la question des hémorrhagies pelviennes, mais il faut retenir ce qu'il dit de la guérison spontanée d'une forme fréquente de la grossesse tubaire à début abortif, dans laquelle le repos au lit et un traitement léger suffisent à faire disparaître des symptômes plus alarmants que sérieusement graves. Bouilly considère la question de pathogénie comme jugée, ou plutôt il semble refuser la discussion. Cela s'explique d'ailleurs par l'intention exclusivement clinique et thérapeutique de son travail, l'étude des doctrines n'étant pas indispensable pour conclure. Son appréciation, quant à la forme bénigne à pronostic favorable, est pour moi le point saillant.

Second, dans son récent rapport au Congrès de Marseille, sur le *traitement des grossesses extra-utérines*, adopte une opinion qui paraît conclure à l'indifférence du diagnostic au regard de l'invitation opératoire, sans engager la solution du débat.

Enfin, tout dernièrement, la question a été rouverte en Angleterre par A. Doran, qui a lu devant la Société obstétricale une note intitulée : *Hémorrhagie de la trompe de Fallope sans évidence de grossesse tubaire*, qui, par son simple énoncé, indique le sens des conclusions de l'auteur. Il s'agit en effet, d'un hématome contigu au pavillon de la trompe et dans lequel n'existait aucun élément de nature gravidique ; pas plus d'ailleurs que dans la trompe elle-même,

Des considérations que légitime le précédent exposé, il est permis de tirer cette déduction : que *la question de la pathogénie des hémorrhagies pelviennes est loin d'être tranchée*.

Elle l'est si peu pour moi que je dois déclarer, dès maintenant, que j'en suis arrivé à me faire cette conviction basée sur les observations cliniques répétées et sur les découvertes anatomiques relevées au cours des opérations, que *beaucoup de prétendues annexites réputées de cause infectieuse et procédant de lésions inflammatoires, sont en réalité la conséquence de ruptures hémorrhagiques d'intensité variable ayant pour origine la trompe ou l'ovaire*. En sorte que les hématocèles pelviennes auraient pour

la plupart comme lésion originale et cela dans une proportion de fréquence décroissante :

- 1° Une hémorrhagie tubaire simple ;
- 2° Une grossesse ou un avortement tubaire ;
- 3° Une hémorrhagie folliculaire de l'ovaire.

Une proposition ainsi posée comporte de tels développements que je ne puis songer à en tenter la preuve décisive. Je dois me borner à l'exposé rapide de quelques arguments.

1° *Hémorrhagies tubaires*, confondues avec la salpingite.

Tout d'abord, j'accorde que les accidents pelviens observés chez les femmes mariées et stériles, chez les filles qui ont usé du coït, sont de ce fait logiquement suspectées de dériver d'un genre d'infection quelconque. Cette décision paraîtra néanmoins bien exagérée, si on considère :

1° que, parmi les femmes mariées surtout beaucoup, après avoir présenté ces accidents reconnus au moyen des signes matériels et des symptômes, guérissent promptement et radicalement ;

2° Que les maris ne présentent aucune trace de gonorrhée ;

3° Que rien, du côté de l'utérus, ne révèle une invasion microbienne infectieuse ;

4° Qu'au contraire l'accident paraît le plus souvent dû à des excès congressifs, des fatigues anormales au début des relations, à des imprudences aux époques de la menstruation et pendant ou après cette période, au froid, à des émotions violentes et subites durant les règles.

5° Que les phénomènes réactionnels fébriles manquent le plus souvent.

6° Enfin, que si l'on observe une suppression des menstrues qui presque toujours fait croire aux intéressés qu'il s'agit d'une grossesse commençante suivie d'avortement presque immédiat, cette suppression de quelques jours, d'une semaine ou deux, trouve une meilleure explication dans un état spasmodique passager de l'utérus cause du trouble constaté.

Il ne nous est pas permis de conclure d'un accident aussi commun que celui-là, à la fréquence de l'avortement ovulaire, et cette opinion me paraîtrait très excessive.

Quant à conclure à une grossesse ectopique abortive, ce serait à peu près exagérer l'erreur dans le même sens.

7° Que, dans le plus grand nombre des opérations pratiquées

pour des faits de cet ordre, plus ou moins longtemps après le début ou la répétition des accidents, les lésions inflammatoires ne se sont point révélées évidentes. Loin de là, on peut dire que le catarrhe tubaire, la congestion ovarique, l'existence d'exsudats séreux ou séro-sanguinolents aseptiques dans le petit bassin et d'adhérences plus ou moins fortes et abondantes, réalisent le complexe anatomique généralement observé. Le pus est absent, les signes d'infection de voisinage manquent, pour peu que le dernier paroxysme soit un peu éloigné.

La nature aseptique, d'une proportion difficile à préciser, des *sacto-salpinx* trouvés stériles dans le cas où cette lésion se trouve réalisée, ne s'explique-t-elle pas aussi bien, en partie, par la donnée qui précède ?

En faveur de cette donnée, nous aurions encore bien les anciennes théories qui toutes se rapportent aux causes de l'*hématocèle péri-utérine*, l'unique lésion hémorragique autrefois envisagée par les auteurs.

Je laisse ces théories de côté, pour n'envisager que les données les plus récentes.

Tait soutient que la trompe participe à la fluxion utérine pendant les règles : c'est la théorie de la *menstruation tubaire*.

Exagérée, cette théorie nous conduit à celle de l'*épistaxis tubaire*.

Poussée plus loin encore, l'anatomie pathologique la plus récente nous ramène à la théorie de Richet et Devalz qui devient celle du *varicocèle pelvien*, auquel se rattachent naturellement le varicocèle ovarien et tubaire fort bien décrits à cette heure.

Si on y ajoute la donnée première qui nous est fournie par les phénomènes apoplectiques ou hémorragiques si fréquents chez les névropathes, hystériques ou neurasthéniques, on arrive, par une transition bien rationnelle, à concevoir que les spasmes qui provoquent ces désordres circulatoires généraux ou locaux, se produiront d'autant plus aisément sur les organes génitaux que ceux-ci, par destination même, sont *hémorrhagipares*, si je peux employer cette expression.

J'ai observé des cas d'hémorrhagie pelvienne dans de telles conditions, et il me serait aisé de démontrer, par l'exposé clinique et anatomique, qu'aucune objection ne peut être opposée à l'interprétation pathogénique que je soutiens.

J'abandonne maintenant la discussion sur les cas relevés chez les femmes mariées ou non, mais s'étant par le coût exposées à une infection que rien cependant ne permet d'affirmer ; et je considère les accidents pelviens observés chez les vierges, dans des conditions telles qu'aucun soupçon d'infection ne peut être invoqué. Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le croit. J'en ai relevé bon nombre de probants. Par leur évolution et les circonstances mêmes dans lesquelles il se sont produits, le fait de l'étiologie *hémorragique* de ces accidents paraît aussi complètement démontré que possible, en opposition avec l'étiologie infectieuse ; à plus forte raison avec celle de grossesse ectopique.

Ces faits, on les retrouve dans l'historique relevé avec précision de troubles que le coût ou le mariage, qui semblent les avoir créés, n'a fait que réveiller. Plus tard, l'interrogatoire bien dirigé met rapidement sur la voie de l'étiologie éloignée et ancienne des troubles qui paraissent tout récents. C'est un accident menstruel antérieur au mariage, quelquefois soigneusement omis par les intéressés, qui devient ainsi la condition latente, mais réelle des poussés pelviennes tardives chez la jeune femme récemment mariée. C'est le même côté qui est douloureux, c'est la même douleur que la malade ressentait autrefois au moment des règles. Et ce siège fixe, exclusif de la douleur, corroboré par les données de l'examen direct est un indice accusateur précieux de l'ancienneté de la lésion, dont la cause n'a pu être que la congestion hémorragique ancienne de la trompe ou de l'ovaire.

Il faudrait faire ici l'histoire de la menstruation douloureuse, avec ses lésions et les formes des accidents qu'elle développe presque toujours chez des tarées héréditaires, arthritiques, névropathiques, etc.

Je m'arrête forcément sur ces considérations, ayant voulu simplement soulever le problème à nouveau sans prétendre le résoudre définitivement.

De ces accidents qui sont d'une analyse plus aisée chez les vierges, et les nullipares, les multipares, même les âgées, ne sont point à l'abri. La sclérose ovarique et la névropathie gardent tous leurs droits dans l'âge mûr et parfois même se manifestent plus fortement encore au déclin de la vie génitale.

De cet exposé il ressort que la conception des accidents hémorragiques pelviens, enkystés ou non, uniquement réduite à la

notion très simple et très avantageuse pour l'esprit, de grossesse ectopique tubaire réelle ou abortive, tubaire ou tubo-abdominale n'est pas suffisante ; qu'elle a une portée scientifique fort grande tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue médico-légal. J'estime enfin qu'au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, la distinction étiologique n'est nullement indifférente aux gynécologies.

Je répète donc ce que je disais il y a 8 ans ; la solution de la question réside dans les observations offrant toutes conditions nécessaires à la démonstration probante des faits.

Je ne veux pas m'occuper dans cette note de l'*hématosalpinx pur*, dont il existe des exemples authentiques nombreux en dehors de toute preuve de grossesse ectopique.

*
*
*

Je vous signale, en terminant, un cas récemment observé par moi d'hémorragie pelvienne d'origine *ovarique*, qui corrobore les travaux des anatomistes sur l'hémorragie folliculaire de l'ovaire, sur les kystes hémorragiques vrais de cet organe, dont j'ai publié des cas ici même, et sur les lésions vasculaires, dans la sclérose et le varicocèle ovarique, dont la notion a motivé l'opinion réservée de Pozzi dans son chapitre sur l'hématocèle péri-utérine.

Ce n'est pas la seule observation que j'aie relevée dans ma statistique. J'ai publié déjà des cas analogues. D'autres sont dus à Terrier. On en rassemblerait aisément un nombre suffisant pour faire l'histoire de l'hémorragie folliculaire de l'ovaire et de l'hématome ovarique. Il suffit de parcourir les observations abrégées données à titre de document relatifs à l'annexite, à la salpingo-ovarite... pour relever, dans un certain nombre d'entre elles, la rencontre d'une collection sanguine liquide ou solide incluse dans le tissu ovarique, coïncidant parfois avec un épanchement sanguin ou sero-sanguinolent dans le cul-de-sac de Douglas.

Tout récemment encore j'ai rencontré un gros hématome ovarique représenté par un caillot nageant au milieu d'un liquide à peine teinté, avec exsudat volumineux de même apparence dans les trompes oblitérées et dans le péritoine. La grossesse ectopique ne pouvait être invoquée *a priori*, les lésions étant déjà fort anciennes et sujettes depuis des années à des alternatives de dimi-

nution et d'exacerbation que j'ai eu tout loisir d'observer. La malade faisait donc des hémorrhagies tubaires enkystées des deux côtés, et des hémorrhagies folliculaires ovariennes, et des exsudats hématiques dans son péritoine, soit par transsudation, soit à la suite de fissures ou de ruptures intermittentes des poches kystiques.

Voici l'observation ayant trait plus spécialement à l'hématomie tubaire rompu dans le péritoine.

A. H. a encore son père et sa mère. Tous deux se portent bien elle a un frère soldat en excellente santé.

Réglée à 14 ans et régulièrement.

Elle a eu la rougeole étant très jeune. A dû être soignée très longtemps pour chloro-anémie.

A 17 ans, 1^{re} grossesse, sans incident, à terme, l'enfant vit.

En décembre 1891, 2^{me} grossesse, sans incident, à terme, l'enfant vit aussi.

Maladie actuelle. — La malade souffre de douleurs dans l'abdomen.

Ces douleurs ont apparu jeudi dernier, c'est-à-dire le 9 juin, après 3 jours de règles très abondantes.

La malade était menstruée régulièrement auparavant, mais les règles ne duraient qu'un jour ou un jour et demi ; il y avait toujours quelques jours de retard.

La douleur est localisée à droite vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, à 4 cent. de l'ombilic et à 6 cent. du pubis.

La douleur est lancinante, très aiguë, passagère ; lorsque la femme est couchée, elle revient toutes les heures environ.

Lorsque la malade est debout, la douleur se réveille toutes les 2 ou 3 minutes.

La malade a, en plus, des troubles digestifs, anorexie presque complète ; des troubles nerveux, éblouissements, tendance à perdre connaissance. Caractère très violent. Hallucinations, cauchemars.

L'interrogatoire révèle que ces troubles sont dus à des habitudes d'alcoolisme et d'absinthisme invétérés.

La malade a souvent des crampes généralisées un peu partout. Tantôt c'est au bras, tantôt aux jambes. Urine facilement sans douleurs.

Les rapports sexuels sont très douloureux.

Depuis un mois la malade a des pertes leucorrhéiques tachant le linge. Ces pertes sont abondantes.

L'état général est bon, il n'y a pas de fièvre, et la malade dit qu'elle n'a eu aucun accès fébrile au moment où ont commencé les douleurs de ventre, ni depuis.

14 Juin. — *Examen.* — Toucher, palper.

Col de l'utérus incurvé en avant, derrière la symphyse et faisant suite à une tumeur, qui occupe le cul-de-sac de Douglas, en faisant avec elle un angle à sinus ouvert en avant.

La portion vaginale et sus-vaginale du col semble indiquer par son inclinaison de haut en bas et d'avant en arrière un utérus rétrofléchi.

Sur le côté gauche du bassin, la masse semble se diviser en deux lobes, un inférieur moins douloureux, un supérieur, sensible. Un sillon sépare ces deux lobes.

Un palper précis est impossible. On sent seulement que la tuméfaction s'élève jusqu'au détroit abdominal du bassin.

Après le toucher, un flot de muco-pus s'écoule dans le vagin. Ce pus est épais, jaune-verdâtre, homogène, venant du col.

L'utérus peut être mobilisé sans beaucoup de douleurs.

En examinant le ventre de la malade, on voit sur la ligne médiane une ligne pigmentée semblable à celle de la grossesse. Les seins sont examinés et palpés, ils sont petits ; on voit cependant quelques tubercules de Montgomery. La femme dit qu'elle a eu, dans le courant du mois, quelques nausées et des vomissements. Avant d'être examinée elle avait signalé, il faut se le rappeler, quelques troubles nerveux, éblouissements, tendances à perdre connaissance, etc., mis sur le compte de l'éthylisme, mais pouvant aussi s'expliquer par une hémorrhagie interne et l'intensité des phénomènes douloureux abdominaux.

A la suite de ce premier examen, on décide d'attendre et de mettre la femme au repos pour voir s'il ne surviendra pas quelques modifications de son état. On ne fait pas de cathétérisme, de crainte de grossesse.

Le repos et les injections chaudes quotidiennes calment au bout de peu de jours toute douleur ; la malade se sent bien, reprend son appétit ; aucune perte de sang.

22 Juin. — *Second examen.* — Toucher.

Le lobe droit de la tumeur a pris une grande prédominance sur le lobe gauche. On y constate quelques irrégularités.

Le pus qui s'écoule du col est moins jaune.

La ligne pigmentée du ventre est toujours aussi nette.

M. Doléris n'ose pas faire le cathérisme de crainte de provoquer un avortement dans le cas où la malade serait enceinte. Le cathétérisme serait fort utile cependant en enseignant exactement sur la direction de l'utérus. Sans lui, il est en effet impossible de déterminer quel est celui des deux lobes droit ou gauche de la tumeur qui représente le corps de l'organe ; si ce corps est adhérent lâchement ou solidement au cul-de-sac de Douglas ou à la tumeur.

L'extrémité du cathéter enfoncée très peu profondément dans le col et manœuvrée de façon à provoquer une réduction montre que l'utérus est susceptible de se redresser. Il est donc lâchement adhérent en arrière.

On décide qu'on ajournera l'examen après l'époque des règles, toujours pour s'assurer si la malade n'est pas enceinte.

Dans l'intervalle, même état général, plus de douleurs.

Repos. Injections chaudes comme traitement.

Le 27 juin la femme perd une très petite quantité de sang.

29 Juin. — Troisième examen.

Au point de vue grossesse, pas de changements dans l'état de la femme. La perte du 27 juin ne peut guère être considérée comme un retour des règles, vu sa faible abondance et sa courte durée. Les seins sont toujours petits, plutôt atrophiés. Le toucher et le palper conduisent aux hypothèses suivantes :

1° Rétroversion simple avec salpingo-ovarite — ou avec hématosalpinx, suite d'avortement tubaire.

2° Rétroversion de l'utérus gravidique ; les deux lobes de la tumeur peuvent faire croire dans ce cas que l'utérus est duplex.

Examinons la première hypothèse :

La rétroversion est diagnostiquée à cause de la direction du col accolé à la symphyse. Le cathétérisme du col, fait le 22 juin, n'a laissé aucun doute à cet égard ; de plus, on sent le corps de l'utérus en arrière, on ne sait pas encore si le corps de l'utérus est représenté par le lobe droit ou le lobe gauche de la tumeur.

La rétroversion est donc sûre.

Est-ce une salpingite ou une ovarite ?

Au toucher la tumeur rénitente, lisse, accolée à l'utérus faisant corps avec lui, semble siéger dans la trompe. Les tumeurs de l'ovaire donnant cette sensation sont relativement rares.

On s'arrête au diagnostic de salpingite. Quant à la variété (hydrosalpinx, pyosalpinx, hématosalpinx), on peut dire que ce n'est certainement pas un pyosalpinx, car il n'y a pas eu de fièvre, et le cul-de-sac vaginal se laisse plisser sur la tumeur, ce qui n'aurait pas lieu s'il y avait du pus.

Restent les hypothèses d'hydro-salpinx ou d'hémo-salpinx à la suite d'avortement tubaire. Cette dernière idée mérite qu'on s'y arrête étant donnés les signes de grossesse qu'a présentés la femme, à l'examen.

Quant à la seconde hypothèse : rétroversion de l'utérus gravide, la seule façon de s'assurer si elle doit être admise est de faire le cathétérisme.

Le malade ayant perdu du sang ; l'utérus n'ayant aucunement augmenté de volume, pendant une quinzaine de jours d'observation et paraissant au contraire avoir diminué, le cathétérisme est jugé tout à fait licite.

Ce cathétérisme donne comme longueur de l'utérus 7 cent. et permet d'affirmer *la rétroversion de l'utérus vide à gauche et une tumeur annexielle à droite.*

Il faut dire cependant que les renseignements du cathétérisme pourraient être les mêmes dans le cas d'utérus duplex dans la corne atrophiée duquel se serait développé un œuf.

Cependant, d'après les caractères physiques de la tumeur, la marche des phénomènes au point de vue grossesse, cette dernière hypothèse est peu plausible.

En somme, l'hypothèse à laquelle on s'est arrêté plus volontiers est celle-ci : *hydro-salpingite, peut-être hématosalpinx.*

Les relevés thermométriques des seize jours pendant lesquels la malade est resté en observation ont démontré l'absence complète de fièvre. Le pouls était sensiblement accéléré.

Opération le 30 Juin 1898.

Chloroforme.

Laparotomie médiane. Incision petite.

La main introduite dans le ventre constate un utérus rétroversé adhérent. Ces adhérences sont molles, fibrineuses, mêlées d'un

exsudat fluide peu coloré, nullement purulent et fixent lâchement le corps de l'utérus au fond du petit bassin.

La main va ensuite à la recherche des annexes droites.

L'ovaire et la trompe trouvés malades sont attirés au dehors. Ligature et section du pédicule au thermo-cautère.

Examen de la tumeur :

Elle siège dans l'ovaire, elle a la grosseur d'un petit œuf de poule, de couleur violacée par transparence, plus noire à l'extrémité antérieure. Elle est rénitente.

A la section longitudinale de l'ovaire suivant son bord supérieur, on voit s'écouler un sang noir et à demi fluide.

La surface de section présente l'aspect d'une gélatine noire à l'extrémité antérieure, un peu jaunâtre à l'extrémité postérieure et de consistance demi-solide. Les parois de la poche sont très vasculaires.

Il s'est donc produit dans cet ovaire une hémorrhagie folliculaire (folliculite apoplectique) et le sang qui n'est pas encore constitué et organisé en caillots fibrineux a pris la place du tissu ovarien. Celui-ci n'existe plus qu'à l'état de coque où se reconnaissent quelques follicules.

Cette coque manque sur un point limité par où le caillot ovarique se continue avec l'extérieur, ce qui a donné lieu à l'exsudat sanguin. Partout ailleurs l'albuginée est épaissie, molle.

La trompe est oblitérée et indurée, réduite à un mince cordon terminé en cœcum.

Vaisseaux du ligament large très distendus.

A gauche on trouve un ovaire très atrophié, adhérent ; la trompe est grosse et oblitérée. Les ligaments larges sont très lâches, ses vaisseaux sont extrêmement distendus. Varicocèle ovarien de ce côté.

On fait l'ablation des annexes à gauche, au thermo-cautère, après ligature du pédicule.

Discussion :

M. Paul PETIT. — Tous les cas d'hémato-salpinx que j'ai examinés se rapportaient à une grossesse extra-utérine et le

diagnostic, au vu de la pièce, est, en général, très facile. J'estime de même que, sauf exception rare, l'on doit toujours, soit au lit de la malade, soit même à distance, décider s'il y a ou non grossesse ectopique ; en effet, la ménorrhagie continue ou discontinue faisant suite à l'absence des règles, les caractères du sang qui s'écoule, le siège et la forme toute spéciale des douleurs (soudaineté, paroxysmes avec état syncopal), l'augmentation de volume de l'utérus, l'existence d'une poche kystique pelvienne à développement progressif ou brusqué... , tous ces signes ne permettent guère de se tromper, même dans les premières semaines. Mais si le diagnostic clinique brut est facile, il n'en est pas de même pour certains détails, tels que, état de vie ou de mort du fœtus, son âge, existence ou non de poussées hémorrhagiques successives... détails bien importants pourtant à élucider, car ce sont eux qui commandent en grande partie le traitement. Pour juger de l'âge du fœtus, on se base surtout sur les renseignements donnés par la malade sur la dernière époque, renseignements souvent inexacts. On sait actuellement que l'expulsion d'une caduque n'implique pas la mort du fœtus ; dans les derniers mois, on la diagnostique surtout à la disparition des bruits du cœur ; dans les premières semaines il faut surtout se rapporter aux signes mêmes de la rupture, car il est bien rare qu'elle n'entraîne pas la mort du fœtus ; mais dans la période intermédiaire on est souvent bien embarrassé. Quant au retour des hémorrhagies, il peut se faire très insidieusement, par exemple à l'occasion du transport de la malade (qu'il faudrait pouvoir toujours éviter) et je ne connais qu'un bon signe pour le dépister : c'est l'examen réitéré du poulx.

J'ai eu dernièrement à traiter 2 grossesses extra-utérines de 4 à 5 mois avec fœtus vivants, alors qu'on pouvait croire les 2 cas d'origine plus récente et les embryons morts. Dans ces 2 cas, les signes de la grande rupture datant déjà de plusieurs semaines et la tuméfaction bombant fortement dans le vagin, je fis l'élythrotomie. Malgré toutes les précautions prises, j'eus, après l'extraction du fœtus, une hémorrhagie brus-

que et importante que je pus arrêter par le tamponnement à la gaze du cul-de-sac de Douglas. On a proposé dans ces cas de faire immédiatement l'hystérectomie ou la laparotomie ; mais vraiment il ne faut pas avoir vu de pareilles hémorrhagies qui n'ont de comparable, pour leur soudaineté et leur abondance, que l'hémorrhagie par inertie utérine de la délivrance, pour donner semblable conseil. J'estime donc qu'il faut tout d'abord tamponner, sauf à recourir ensuite à une opération plus importante si l'hémostase ne paraît pas assurée. Il est seulement indispensable de retirer le tamponnement de bonne heure, par exemple au bout de 36 h., ou plus tôt, s'il se manifeste quelque signe d'obstruction intestinale. Une de mes deux malades doit certainement la vie à cette précaution de ma part. Détail important à noter : dans ces deux cas, le décollement placentaire, source probable de l'hémorrhagie, n'a été certainement dû ni à une manœuvre digitale, ni à une traction exercée par l'intermédiaire du cordon, car il s'est produit quelques instants après l'extraction du fœtus et je suis convaincu, sauf explication meilleure, qu'il a dépendu de la rétraction de la poche vidée du fœtus et des caillots. Telle était ma conviction à ce sujet, à la suite de l'observation de mon premier cas, que, dans le second, j'attendis le flot de sang, le tampon à la main.

M. MAYGRIER. — Je demanderai à M. Doléris si suivant l'origine de l'hémorrhagie, il conseille un traitement différent.

M. DOLÉRIS. — J'ai dit que je croyais que l'hématocèle d'origine congestive est plus fréquent qu'on ne pense : les hématos-alpinx peuvent guérir parfois très bien seules, parce qu'elles ne sont pas d'origine infectieuse. Cependant, dans le cas où l'épanchement sanguin prendrait un volume considérable, il est certain qu'il faudrait intervenir comme dans toute inondation péritonéale.

M. DOLÉRIS : Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, par inclusion pariétale.

J'ai récemment publié les résultats éloignés de 90 opérations de raccourcissement des ligaments ronds pratiquées contre la rétroversion. A cette opération étaient associées, suivant les indications, diverses autres interventions destinées à compléter le programme opératoire.

J'ai pu démontrer que, contre les rétrodéviations mobiles et, dans quelques cas, contre les rétrodéviations compliquées d'annexite, l'utérus étant mobilisable par simple traction, associée au redressement, ou rendu tel à la suite d'une thérapeutique intra-utérine prolongée, ce traitement intégral était suivi de résultats favorables.

Néanmoins il reste démontré que les lésions annexielles ou les adhérences de l'utérus lui-même à la paroi pelvienne sont telles qu'il est indispensable de recourir à la laparotomie pour lever ces obstacles et supprimer les organes irrémédiablement perdus.

L'hystéropexie abdominale a été généralement adoptée comme temps opératoire complémentaire destinée à maintenir l'utérus en position normale.

Contre l'hystéropexie, je n'ai personnellement pas de griefs très sérieux. Au congrès de Genève j'ai reconnu que cette opération, si anormale qu'en soient les conséquences, amenait généralement la guérison et n'entravait pas formellement les fonctions génitales, puisque la grossesse et l'accouchement ont pu s'accomplir, dans bien des cas, d'une façon normale, après cette intervention.

Toutefois, des faits publiés et quelques observations personnelles m'avaient permis de dire que, dans des cas exceptionnels sans doute, on avait constaté tantôt le retour de la déviation par suite de l'allongement de l'adhérence cicatricielle de l'utérus à la paroi abdominale ; tantôt des difficultés pour la grossesse et l'accouchement, parce que cette adhérence avait été établie trop haut sur la face antérieure du corps utérin.

Depuis cette époque, j'ai observé quelques autres cas, qui plaident contre cette méthode opératoire.

Il était donc indiqué pour moi de recourir à une opération que

j'ai déjà tentée en 1889, à savoir la fixation des ligaments ronds dans la plaie abdominale.

Le procédé que j'avais employé était fort simple. Il consistait à fixer le ligament rond avec le pédicule annexiel dans l'angle inférieur de cette plaie, une fois la castration unilatérale effectuée, suivant l'indication fournie par ce cas.

Dans un autre cas, il m'arriva de comprendre la trompe dans le pédicule formé des deux ligaments ronds, avec l'intention formelle d'obtenir éventuellement la stérilité chez la patiente, une rachitique à bassin extrêmement vicié ayant antérieurement subi des opérations obstétricales graves.

C'est cette inclusion préméditée d'une annexe saine, qu'on a eu le tort de considérer comme une technique générale, en la comparant à la méthode très analogue adoptée par Kelly, Sænger et autres.

Ce qui constituait réellement une particularité originale, dans ma manière de procéder, c'est que j'associais à la fixation des ligaments ronds à la plaie abdominale, le procédé habituel de l'hystéropexie, combinant ainsi deux opérations, afin d'assurer la fixation de l'utérus à la paroi.

Dans sa thèse de 1890, Marcel Baudoin rapporte ma technique de la façon suivante: « L'hystéropexie préalablement faite d'après la méthode Czerny-Terrier, M. Doléris termine son opération en raccourcissant les ligaments ronds, pour assurer une fixation plus solide de l'utérus redressé. Il procède à peu près, comme le fit une fois Polk après une laparotomie : il diminue la longueur des ligaments ronds, en attirant entre les lèvres de la plaie abdominale, à l'aide d'un lien, leur extrémité externe. C'est une sorte de raccourcissement *direct*, comparable, dans une certaine mesure, au raccourcissement classique, extra-péritonéal d'Alexander. En opérant ainsi, M. Doléris a combiné, le premier, sans trop y prendre garde, les deux principales espèces d'interventions suspubiennes connues, pour remédier aux déplacements utérins, à savoir l'utilisation des ligaments normaux raccourcis (*fixation normale*) et le développement des liens fibreux de nouvelle formation (*hystéropexie*).

Je passe sur la boutade de M. Baudoin, concernant la priorité inconsciente de ma méthode, que je considère plutôt comme aimable. Peu importe, d'ailleurs, que, le premier, j'ai eu l'idée de

cette combinaison opératoire ; le principal est que j'ai agi avec une intention parfaitement voulue et raisonnée, en m'adressant à l'extrémité externe ou inguinale, terminale si l'on veut, des ligaments ronds, contrairement à Dudley, Bode et autres qui ont agi sur leur extrémité interne ou utérine pour arriver au même résultat.

Toute la question opératoire du raccourcissement des ligaments ronds est dans ce point spécial.

En adoptant comme règle de conduite exclusive l'opération type d'Alexander, contre les cas de rétrodéviations qui me paraissaient la justifier, et en ne me laissant pas séduire par les nombreux procédés de fixation utérine préconisés dans ces dernières années, j'ai obéi simplement à une loi physiologique. Fidèle à cette loi, persévérant dans la méthode qui la réalisait le mieux, alors que beaucoup de chirurgiens critiquaient et abandonnaient le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds, je soutenais, par divers écrits, que rien n'était plus logique, pour ramener l'utérus retroversé à sa position normale, en antéversion, et l'y maintenir, que de se servir des ligaments dont c'était justement le rôle physiologique.

Dans la technique, dès 1886, j'insistais sur la nécessité de raccourcir, de sept à huit centimètres et plus, l'extrémité pubienne des ligaments ronds, et de fixer la portion épaisse, solide et résistante de ces cordons musculaires, après avoir supprimé leur partie allongée, tiraillée, affaiblie, souvent réduite à des fibrilles insignifiantes devenus inutiles pour le maintien normal de l'organe.

Le raisonnement et l'expérience des faits a justifié mes prévisions sur ces points.

Beaucoup de chirurgiens se sont appliqués à améliorer la technique de l'opération d'Alexander, grâce à quoi elle jouit actuellement d'un retour de faveur.

Sa supériorité sur les fixations anormales de l'utérus, sur les adhérences artificielles ou *pexies* diverses, tient par-dessus tout à la logique du principe dont elle dérive.

L'utérus ainsi ramené et fixé, jouit et jouira en toute circonstance d'une liberté de mouvements relative, mais suffisante pour assurer l'accomplissement régulier de toutes les fonctions physiologiques qui lui sont dévolues. Que la grossesse survienne, les ligaments ronds s'allongeront, tout en s'hypertrophiant, et per-

mettront l'ascension de la matrice. L'accouchement ne subira aucun trouble. — Les faits l'ont démontré.

C'est le même principe de la nécessité de conserver le traitement d'union musculaire, extensible, élastique, représenté par les ligaments ronds, entre l'utérus et la paroi du ventre, qui, je le répète, m'avait invité à agir d'une façon analogue dans leur raccourcissement intra-abdominal, en associant à l'hystérectomie directe, ordinaire, l'inclusion dans la plaie, de l'extrémité externe inguinale de ces ligaments, ou tout au moins la portion résistante et solide la plus rapprochée de cette extrémité.

Pour diverses raisons, dans les cas où l'ouverture de l'abdomen s'imposait, au lieu de recourir au même procédé, je préfère aujourd'hui supprimer l'hystéropexie directe, et m'en tenir au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, sans fixer l'utérus lui-même à la paroi.

J'ai observé, l'an dernier, deux malades opérées par des chirurgiens fort réputés, chez lesquelles l'adhérence utéro-abdominale s'était entièrement relâchée, et l'utérus était retombé en rétro-dextro-version ; pareil cas est arrivé à une de mes opérées (observation publiée) et une *inventration* infundibulaire s'est produite. J'ai rencontré un cas de cicatrice abdomino-utérine douloureuse.

J'ai vu plusieurs cas de grossesse pénible ; j'ai observé récemment un cas de grossesse, chez une hystéropexiée, où la pénétration de la tête fœtale dans le bassin, au moment de l'accouchement, a été très retardé et rendue difficile par le défaut d'abaissement et d'extension du segment cervical sus-vaginal de l'utérus adhérent à la paroi abdominale.

Dans ce fait, l'utérus avait été fixé par la portion moyenne de sa face antérieure.

J'ai récemment observé, enfin, à la Maternité de l'hôpital Boucicaut, une femme dont le fond de l'utérus avait été très solidement fixé à la région sus-pubienne de l'abdomen, qui, après l'accouchement, a présenté une rétention persistante des sécrétions lochiales, avec fièvre et infection, due à la flexion absolue avec atrésie mécanique de l'orifice interne du col utérin.

Je crois bien que ces faits sont rares, mais ils n'en autorisent

pas moins la recherche d'une méthode opératoire qui ne laisse place à aucune éventualité fâcheuse.

Il m'a donc paru rationnel de systématiser l'emploi exclusif du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds à l'exclusion de toute méthode de fixation directe de l'utérus ; chaque fois que l'abdomen devait nécessairement être ouvert, l'opération d'Alexander n'étant pas de mise.

En résumé, j'ai supprimé l'hystéropexie abdominale *directe*, parce que je croyais possible de la remplacer par une fixation *indirecte* de l'utérus, qui conserverait une portion des ligaments ronds.

En second lieu, j'ai substitué aux méthodes analogues, celle que j'avais primitivement adoptée en 1889, et qui consiste à inclure l'extrémité externe solide du ligament. J'ajouterai même que si le raisonnement seul n'avait pas motivé cette décision, j'avais l'expérience de deux cas personnels pour agir ainsi : Obs. 52 et 55 de mon mémoire de février dernier (La Gynécologie).

Dans l'un de ces deux cas, j'avais pelotonné les ligaments ronds à la façon de G. Wylie.

La guérison a été obtenue, mais la femme ayant subi, en même temps, la castration double, le fait est peu probant, l'atrophie rapide de l'appareil utérin tout entier qui survient, dans ce cas, rendant le résultat opératoire tout à fait secondaire.

Dans le second cas, j'avais pratiqué la méthode de Polk, avivement des deux ligaments et suture près de leur insertion utérine. Le résultat a été imparfait.

Dans les cas où j'avais suturé, en même temps que les ligaments ronds, un ou deux pédicules annexiels, dans la plaie, sans hystéropexie directe, je pouvais rester incertain sur la part respective à accorder aux uns ou aux autres, ligaments ou pédicules, dans le maintien de la fixation de l'utérus.

De toute façon, il importait de pouvoir juger, par une nouvelle expérience, de la valeur d'une opération très simple en elle-même et dont les suites devaient être théoriquement, à mes yeux, dépourvues de tout inconvénient.

J'ai opéré sept malades, dans le courant de cette année, par ce procédé fort simple.

Cinq opérés avaient des lésions annexielles très manifestes, nécessitant la laparotomie.

Deux étaient vierges et — avec une rétrodéviation invétérée, ayant résisté à tout, même au port d'un pessaire pendant plus d'un an, chez l'une, — présentaient des signes d'annexite légère ou plutôt de congestion douloureuse des annexes prolabées. — Pour ce motif et aussi, vu la difficulté de trouver parfois le ligament rond chez les vierges, surtout quand les tissus sont d'une extrême gracilité, ce qui était le cas, j'optai pour la laparotomie, chez ces deux malades comme pour les cinq autres.

La technique opératoire est d'une simplicité parfaite.

L'abdomen étant ouvert et le traitement requis par les adhérences et les lésions annexielles étant effectué, les deux ligaments ronds sont saisis avec des pinces ou une anse de fil, à leur portion moyenne, c'est-à-dire à trois ou quatre centimètres des cornes utérines et les anses ainsi formées sont amenées dans l'angle inférieur de l'incision addominale.

Celle-ci aura été conduite jusque sur la symphyse ou très près de son bord supérieure, de façon à trouver dans les piliers fibreux qui existent à ce niveau des points d'attache solide pour les ligaments. La suture de ceux-ci se fait successivement aux trois couches de la paroi abdominale, séreuse et sous-séreuse musculaire, et fibro-aponévrotique, au moyen de fils séparés de catgut ou d'un fil continu. — C'est dans l'angle inférieur de l'incision que les anses ligamentaires sont fixées, et dans toute l'épaisseur de cet angle.

La fermeture de l'abdomen se fait suivant la méthode habituelle.

On voit que le procédé diffère totalement de la méthode déjà ancienne de Dudley et de celle de Mann tout récemment publiée, beaucoup plus compliquée et d'une exécution relativement moins aisée.

Les résultats immédiats ont été très satisfaisants.

J'ai recueilli des nouvelles de cinq malades sur sept, à une date assez éloignée de l'opération, huit, sept et cinq mois après. Le résultat est resté excellent. Les autres deux me sont inconnus.

J'ai relaté dans le tableau suivant, l'abrégé de ces observations.

Rétrodéviations opérées par M. le Dr Doléris en 1898. (Procédé : Inclusion des ligaments ronds dans la plaie.)

N ^{os}	AGE	HISTORIQUE	SYMPTÔMES	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	RÉSULTAT	OBSERVATIONS
I (Obs. LXXXIX du précédent mémoire). Opérée en Février.	42 a.	I. pare. Infection post-puerpérale. Traumatismes. A été opérée en Amérique par Dr Coë en 1855 (Schreder. Colpopéri-neuraphie suivie de l'application d'un pessaire pour combattre la rétrodévi-ation persistant ^(*)).	Leucorrhée abon-dante. Troubles menstruels. Dou-leur lombosac-rée, prédomi-nante à droite. Incapacité de travailler. Vo-missements fré-quents. Cons-tipation opiniâ-tre.	Corps de l'utérus volumineux et douloureux. Gros col. Cervicite sclé-ro-sique. Rétro-dévi-ation com-plète. Cervicite droite. Réduction incon-possible de l'utérus à l'hystéromé-tre.	Curetage. Laparotomie : Ablation des an-nexes droites. Gros ovaire sclé-reux, trompe obitérée. Adhrences assez résistantes. Libération des annexes gau-ches. Inclusion des li-gaments ronds dans la plaie.		L'opération pratiquée en 1895, par le Dr Coë, qui avait été jugée suffisante pour ra-menier l'utérus à sa posi-tion normale, causa une dé-ception à cet égard. Il fal-lut appliquer plus tard un pessaire. La rétrodévi-ation avait persisté malgré le port du pessaire.
II (Obs. LXL du précédent mémoire). Opérée en Février.	30 a.	Deux grossesses à terme. Le 1 ^{er} ac-couchement gé-mellaire.	Leucorrhée. Rè-gles profuses. Troubles gas-triques. Incapa-cité physique. Douleur prédo-minante sur le rectum et à gau-che.	Gros utérus. Lacération cervi-cale profonde à gauche. Cervi-cite chronique. Ectropion. Rétroversion com-plète. An-nexite adhésive à gauche.	Curetage. Schreder. Laparotomie : Ablation des an-nexes à gauche. Fixation des li-gaments ronds dans la plaie abdominale.		La lésion annexielle a été consécutive à la déviation. Les symptômes qui lui sont propres ont manifestement débuté dix mois avant l'opé-ration. L'ovaire est sclé-reux à petits kystes. La trompe atrophie et était com-plètement rétrécie sur une grande étendue.
III Opérée le 21 Avril.	35 a.	Réglée à 15 a. Anémie à 15 a. Pertes blan-ches. Fièvre typhoïde à 22 a. Mariée à 17 a. 1/2. 4 grossesses. (Le dernier enfant est né macéré.)	Douleurs lombai-res exagérées par la marche, avec irradiation dans la fosse iliaque gauche et la cuisse gau-che. Gastralgie. Pas de vomis-sements. Per-tes blanches peu abondan-tes.	Utérus prolabé et rétrodévié, mo-bile, incliné à gauche. Col gros, dur. Ectropion sur la lèvre supérieure. Cystocèle et rectocèle té-gère. Annexite double, plus accentuée à gauche.	Ignipuncture de l'ovaire droit. Ablation des an-nexes gauches. Fixation des li-gaments ronds dans la plaie abdominale.	Guérison.	

IV	opérée le 26 avril	22 a.	Régée à 14 a. Anémie à 15. Leur- corriée. Mariée à 21. Accouchement à 22 a. Se lève 8 jours et tra- vailla à la ma- chine 12 jours après cet ac- couchement.	Douleurs lombai- res. Règles doulou- reuses. Les dou- leurs siègent surtout du côté gauche. Leucorrhée inter- mittente.	Utérus prolabé et rétrodévié. Cystocèle. Annexes gauches dures, grosses, irrégulières, douloureuses.	Ablation des an- nexes à gauche. (Hydrosalpinx sans adhéren- ce). Inclusion des ligaments ronds dans la plaie abdomi- nale.	Guérison.	Un fil a supprimé. Empatement du côté gau- che de l'abdomen. Revue très bien portée à fin novembre.
V	opérée le 19 mai	26 a.	Régée à 14 a. Leucorrhée abon- dante. La malade est vierge. Chute à 15 a. sur le dos. Port d'un pessai- re sans résultat	Règles très dou- loureuses. Leucorrhée. Douleurs lombai- res. Troubles intesti- naux.	Utérus, gros, a- baisse, rétrodé- vié, incliné à droite. Col irrégulier, kystique. Annexes droites, prolabées, tu- mées, doulou- reuses.	Raccourcisse- ment des liga- ments ronds par fixation de leur partie moyenne dans l'épaisseur de la paroi abdomi- nale.	Guérison.	Un mois après, les règles apparaissent non doulou- reuses, l'utérus est en bonne position.
VI	opérée le 25 juin	31 a.	Régée à 16 a. Mariée à 24 a. Fausse couche de 3 mois. Métrite consécu- tive et métror- ragie. Curetage. Laparotomie ex- ploratrice en 1896 par un confère.	Douleurs abdo- minales exagé- rées par la mar- che. Règles peu abon- dantes, doulou- reuses. Leucorrhée dans l'intervalle des règles. Crises hystéri- ques.	Rétroversion ac- centuée, annexi- te droite.	Laparotomie. Libération de 3 adhérences de l'intestin à la paroi pelvienne et d'une adhé- rence de l'intes- tin à l'utérus. Fixation des liga- ments ronds dans la plaie abdominale.	Guérison.	
VII	opérée le 12 juillet	22 a.	Régée à 19 a. Arrivée à Paris à 20 ans. Menstruation in- signifiante et douloureuse. La malade est vierge.	Sensation de « Poids » dans l'abdomen. Constipation. Mictions fréquen- tes. Amaigrissement.	Utérus gros et ré- trodévié. Prolapsus doulou- reux des an- nexes.	Laparotomie. Fixation des liga- ments ronds dans la plaie abdominale.	Guérison.	Suppuration de la paroi.

Discussion :

M. LABUSQUIÈRE. — Est-ce que ces ligaments, fixés à la paroi abdominale, ne seront pas soumis à plus de tiraillements que si on les avait fixés au pubis.

M. DOLÉRIS. — Entre la paroi abdominale et l'utérus, il existe un espace qu'on rétrécit transversalement. On constitue ainsi une sorte de dôme résistant entre la vessie et l'utérus, capable de supporter toutes les pressions.

M. PORAK : Métrite et vaginite gangréneuses de cause puerpérale et infectieuse. — Disparition du vagin par accolement des parois. — Disparition totale de l'utérus par superinvolution. — Reconstitution de la cavité vaginale par destruction des adhérences et maintien de cette cavité à l'aide de greffes épidermo-dermiques.

L'observation suivante m'est remise par Mademoiselle Hénault, sage-femme en chef de la Maternité :

La nommée C., 21 ans, primipare, ne sait pas à quel âge elle a marché ; elle a ses règles pendant 5 à 6 jours, régulièrement.

Grossesse. — Dernières règles du 28 au 31 août 1897 à terme.

14 juin 1893. — Rupture des membranes à 10 h. du matin et apparition de contractions douloureuses, irrégulières dans la même journée.

Une sage-femme est appelée, elle reste près d'elle jusqu'au 16 juin, date où elle fait demander un docteur qui, après examen, donne le conseil de la conduire à la Maternité.

Date de l'entrée : 16 juin à 4 h. 30 du soir.

A l'examen, on constate la présentation du sommet en position gauche. L'utérus est appliqué sur le fœtus.

Le col est effacé, la dilatation est de trois à quatre centimètres, l'orifice utérin épais. D'après le dire de la sage-femme, la dilatation n'a fait aucun progrès depuis longtemps.

La tête est fléchie, bloquée à la partie supérieure de l'excavation, et on ne peut pas insinuer le doigt entre elle et les parois osseuses du bassin. En arrière, on ne remonte pas au-dessus de

la saillie de l'union de la première et deuxième pièce sacrée. La tête paraît assez malléable et il semble que le chevauchement des os du crâne pourrait s'accroître davantage, si les contractions étaient plus fortes.

Asepsie des organes génitaux, tamponnement à la gaze iodoformée.

Température : 38°5 ; pouls : 116.

La nuit est calme.

17 juin. — Un grand bain est donné ; les contractions se montrent régulières, plus énergiques. L'orifice utérin épais et résistant se dilate cependant, il atteint une dilatation d'une paume de main.

A ce travail de quelques heures succède un temps de repos.

La température, prise plusieurs fois, oscille aux environs de 39°, pouls 140.

6 h. du soir. — La dilatation est complète, une bosse séro-sanguine volumineuse arrive jusqu'à l'orifice vulvaire.

7 heures. — La tête ne progressant pas, Monsieur le Docteur Porak est prévenu et vient terminer l'accouchement.

La parturiente est endormie. Asepsie des mains et des organes génitaux. La tête, moins engagée qu'elle ne le paraît, est déformée et très allongée, si bien que pour arriver sur l'oreille il faut dépasser le détroit supérieur. C'est une O. I. G. A.

La branche gauche est introduite en arrière et à gauche, jusqu'au niveau de l'oreille, la branche droite symétriquement en avant et à droite ; articulation des branches et du tracteur. Traction, rotation et extraction. L'accouchement est terminé à 8 h. du soir.

A l'examen de l'enfant nous constatons que l'application de forceps a été directe, symétrique par rapport à la tête, l'oreille saisie dans le vide de la cuiller.

Chevauchement des os du crâne, du pariétal gauche sur le droit, et partie des pariétaux sur les frontaux en arrière. L'enfant est vivant et pèse 3100 gr.

Diamètres de la tête : maximum antéro-postérieur 15 ; O. M. 13,4 ; O. F. 12,6 ; Bi-P. 7,8 (?) ; S. O. B. 10,6.

L'examen du bassin n'ayant pu être fait pendant le travail, donne après l'accouchement les renseignements suivants.

Il est généralement rétréci : le diamètre promonto-sous-pubien

mesure 10 cm. 5. La distance du sous-pubis au faux promontoire signalé plus haut mesure 10 cm.

Le périnée très œdématié pendant le travail a été déchiré jusqu'à l'anus ; les organes génitaux sont le siège d'eschares.

Délivrance naturelle : placenta et membranes complets.

Périnéorrhaphie.

L'accouchée est pâle ; le peu de sang perdu, joint à la fatigue (Durée du travail 72 h.) la place dans un très mauvais état général ; le poulx est filiforme, incomptable ; aussi recourt-on aux injections d'éther, de caféine, d'eau salée à 7/1000 (500 gr. d'abord et 2 heures après 500 autres gr.) ; Rhum pur ; champagne ; oxygène.

18 juin. — L'accouchée semble mieux.

Deux injections intra-utérines sont faites, l'écoulement lochial est fétide.

Température : matin 39°3 ; soir 38°.

19 juin. — Eschares des organes génitaux externes, du vagin, du col. Ce dernier semble se sphacéler, des débris noirâtes, très fétides sont entraînés par les injections utérines. Pansement utérin à la gaze iodoformée.

On enlève les points de suture du périnée, afin d'éviter la suppuration. Le périnée n'est pas repris.

Température : matin et soir 37°.

20 juin. — Lochies très fétides, deux injections utérines et pansement.

Matin : temp. 38° 5. poulx 120. *Soir* : temp. 39° 5 poulx 160.

21 juin. — En présence de la fétidité persistante des lochies et des débris noirâtes qui sortent de l'utérus, on fait un écouvillonnage, à la glycérine créosotée.

Matin : temp. 40° ; poulx 136. *Soir* : temp. 40° ; poulx 132.

Bains froids toutes les 3 heures ; 5 dans la journée. Après chaque bain, abaissement de deux degrés de la température prise avant le bain.

22 juin. — La nuit est mauvaise. Diarrhée profuse, 3 gr. de benzo-naphtol et de charbon de Belloc. Curetage et pansement utérin, lequel est renouvelé deux fois dans la journée.

Bains froids toutes les 6 heures dans les mêmes conditions que précédemment ; injection sous-cutanée de sérum de 600 gr. ; champagne ; grog et lait.

Matin : temp. 38°8 ; pouls 128. *Soir* : temp. 39°8 ; pouls 132.

23 juin. — La diarrhée persiste, albuminurie, urines rares.

Traitement : 3 gr. de benzo-naphtol et charbon de Belloc. Bains froids toutes les 6 heures. Pansement à la glycérine créosotée. Injection de sérum 600 gr.

Matin : temp. 38°9 ; pouls 124. *Soir* : temp. 39°9 ; pouls 132.

24 juin. — Même traitement.

25 juin. — L'état de l'accouchée est très grave, le faciès est grippé, la diarrhée persiste, l'écoulement lochial est très fétide. Les eschares vulvaires sont noirâtres ; le vagin et le col sont dans le même état. Ce dernier s'en va par lambeaux.

L'albuminurie persiste. On discontinue l'emploi des bains.

Traitement : Écouvillonnage à la glycérine créosotée, pansement à la gaze iodoformée ; 3 gr. de benzo-naphtol et de charbon de Belloc ; régime lacté absolu ; injection de sérum, 600 gr.

Matin : temp. 38°2 ; pouls 124. *Soir* : temp. 38°4, pouls 126.

26 juin. — Agitation, délire ; l'accouchée va à la garde robe et urine involontairement. On note toujours la présence de l'albumine dans l'urine. Les urines sont cependant plus abondantes que les jours précédents. La malade refuse toute nourriture.

Traitement : Une injection de sérum de 800 gr. lui est faite. Même pansement que les jours précédents.

Matin : temp. 38° ; pouls 120. *Soir* : temp. 38°2 ; pouls 130.

27 juin. — La malade est dans le coma, le faciès grippé, les yeux excavés, les narines pulvérulentes, la langue sèche.

Il est impossible de tirer d'elle une seule parole ; elle ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent.

L'état local est cependant amélioré ; malgré cela, la fétidité persiste ; l'urine a une coloration moins foncée.

Traitement : écouvillonnage ; injection intra-utérine avec une solution de naphtol ; pansement utérin à la gaze salolée. La malade boit une petite quantité de lait dans la journée : Injection de sérum 2000 gr.

Matin : temp. 39°4 ; pouls 120. *Soir* : temp. 39°8 ; pouls 136.

28 juin. — La malade est dans le même état général, très abattue ; elle urine plus abondamment, ses urines sont moins colorées ; cependant elles contiennent encore un nuage d'albumine. La diarrhée persiste.

Même traitement local : lait, benzonaphtol, sérum 1200 gr.

Matin : temp. 38°8 ; pouls 120. *Soir* : temp. 39°4 ; pouls 130.

29 juin. — L'état général est meilleur. La malade est sortie du coma et répond aux questions qui lui sont posées. L'albumine a disparu, la diarrhée est moins profuse. L'écoulement lochial est moins fétide.

Traitement : Curetage des eschares et cautérisation des organes génitaux externes, du vagin, du col et de l'utérus à la teinture d'iode. Drainage de la cavité utérine. Injection de 700 gr. de sérum.

Matin : temp. 38°, pouls 100. *Soir* : temp. 39°8, pouls 120.

30 juin. — L'état général est meilleur ; l'albumine a complètement disparu.

Traitement : Drainage de la cavité utérine à la gaze salolée. Sérum 700 gr.

Matin : temp. 38°4 ; pouls 116. *Soir* : temp. 39°2 ; pouls 112.

1^{er} juillet. — Même état.

Matin : temp. 38°3 ; pouls 118. *Soir* : temp. 39°2 ; pouls 116.

Même traitement, sérum 700 gr.

2 juillet. — Alimentation légère, la diarrhée a presque complètement disparue, le faciès est bon. Même pansement utérin. Sérum 700 gr.

Matin : temp. 37°5 ; pouls 96. *Soir* : temp. 37°6 ; pouls 120.

3 juillet. — La malade va relativement bien, elle s'alimente. Les eschares disparaissent et les organes génitaux externes et internes prennent une apparence rosée.

Même traitement utérin. Sérum 600 gr.

A partir de ce moment la température reste au-dessous de 38, oscillant presque toujours entre 37 et 37°5.

7 juillet. — La malade étant tout à fait bien, les plaies paraissant en bonne voie de guérison, on supprime le drainage utérin et vaginal.

12 juillet. — La malade se lève quelques heures dans la journée et quitte la maternité le 14 juillet.

Examen le jour de son départ : Le périnée reste déchiré jusqu'à l'anus, la face interne des grandes lèvres est bien rosée, mais un peu irrégulière, les parois vaginales sont dures, résistantes, les culs-de-sac vaginaux sont rétractés et paraissent avoir contracté des adhérences avec l'utérus (son volume n'est pas noté).

La lèvre postérieure du col n'existe pas. En avant on sent une bride transversale qui n'est autre chose que le vestige de la lèvre antérieure.

La malade doit revenir dès qu'elle sera complètement rétablie.

17 août. — La malade se présente à la réception ; elle n'a pas eu son retour de touches, et lorsqu'on veut pratiquer le toucher vaginal on se sent arrêté par une agglutination du vagin.

Elle est admise pour la salle Levret et est examinée le 18 par M. le Docteur Porak.

Les adhérences du vagin sont molles et faciles à détruire. On arrive ainsi au fond d'un cul-de-sac où, la résistance étant plus grande, on s'arrête. On ne trouve pas de col utérin au fond de ce cul-de-sac. Par le toucher vaginal et par le palper abdominal, on sent bien une certaine induration doublant le fond du cul-de-sac, mais elle ne donne en aucune façon l'impression qu'il s'agisse de corps utérin. Tout le fond du cul-de-sac vaginal paraît comme doublé par cette masse indurée. On obtient la même sensation par le toucher rectal et le palper abdominal. Le cathétérisme vésical et le toucher rectal ne permettent pas de reconnaître d'autre induration qu'on soit en droit de rapporter à l'existence de l'utérus.

Et pour en finir avec cette question, aujourd'hui, 11 novembre, la malade n'a eu depuis son accouchement, 17 juin, c'est-à-dire depuis cinq mois, aucun écoulement sanguin qu'on puisse rapporter à des règles, ni non plus aucun phénomène congestif éloigné qu'on puisse considérer comme dépendant d'un molimen menstruel.

M. Porak agardé la malade depuis le 17 août jusqu'au 14 septembre. La cavité vaginale reste toujours cruentée, saignante, peu bourgeonnante. La cicatrisation fait des progrès très lents en partant de l'orifice vulvaire pour s'étendre à quelques centimètres sur la partie inférieure du vagin. Mais tout le fond du vagin reste dans la même situation. Il paraît certain que si on ne continuait pas les tamponnements, de nouvelles adhérences oblitéreraient de nouveau la cavité vaginale.

Que faire ?

M. Porak pensa pratiquer les greffes épidermo-dermiques qui ont été conseillées par Ollier. Le 14 septembre, il enleva sur la

partie externe de la cuisse gauche de la malade un lambeau de la peau d'une largeur de trois centimètres de diamètre à peu près et l'appliqua au fond du vagin. On pratiqua ensuite le tamponnement habituel.

Quelques jours après, on constate que le lambeau de la peau, très-revenu sur lui-même, était bien fixé ; la plaie avait pris un bien meilleur aspect. Elle paraissait plus rouge et plus bourgeonnante.

Le 21 septembre, il enleva à la face interne de la cuisse un énorme lambeau de peau de plus de cinq centimètres de diamètre et comprenant toute l'épaisseur de la peau et on le fixa sur la partie bourgeonnante au fond du vagin.

Quelques jours après on constate que la cicatrisation avait fait des progrès très rapides du bas vers le haut du vagin. Le second lambeau de peau était aussi fixé et revenu sur lui-même.

Vers la fin du mois de septembre, presque tout le vagin était cicatrisé. Les deux lambeaux de peau étaient réunis par du tissu cicatriciel. Au point de la réunion, il semble s'être produit une bride de cul-de-sac vaginal antéro-postérieur. Sur les côtés, à droite et à gauche, le doigt déprimait deux petits culs-de-sac. Au spéculum les deux parties latérales sur l'étendue de quelques centimètres étaient encore bourgeonnante et ne se cicatrisaient pas.

On fit alors à droite et à gauche deux greffes épidermiques d'un peu plus d'un centimètre de diamètre.

Cette dernière opération fut suivie d'une cicatrisation très rapide et définitive.

Le vagin ainsi constitué, reçoit la presque totalité du doigt ; il est suffisamment large dans son fond. Le doigt éprouve à l'orifice vulvaire, nonobstant l'ancienne déchirure du périnée, une constriction plutôt exagérée. Elle semble due à la cicatrisation inodulaire et à la reconstitution du plancher pelvien.

Nous avons revu aujourd'hui même, 11 novembre, notre malade. Elle se porte bien. Les rapports génitaux se sont produits sans difficulté depuis son départ de l'hôpital. Ils n'ont amené aucun désordre du côté de ce vagin qu'on peut considérer comme artificiel.

Un nouvel examen a permis de confirmer de nouveau l'absence totale de l'utérus.

Discussion :

M. DOLÉRIS. — Il semble qu'il y a eu là une sorte de résorption de la substance même de l'organe, c'est de la superinvolution : j'ai observé des cas où l'utérus, quelques semaines après l'accouchement, était réduit à rien.

M. PORAK. — J'ai donné ici même la relation d'un cas de superinvolution utérine (1). Il s'agissait d'une dame qui avorta vers le 5^e mois. Elle portait un corps fibreux sous-péritonéal du volume d'une tête d'adulte et d'un corps fibreux sous-muqueux implanté au niveau du col. Ce dernier corps fibreux fut énucléé et enlevé. Il mesurait 15 cent. sur 12. Un an après le corps fibreux sous-péritonéal avait disparu. Les règles étaient supprimées. L'utérus mesurait 4 cent. au plus, on ne pouvait le cathétériser qu'avec un stylet.

MM. PORAK et L. NATHAN-LARRIER : A propos d'une observation d'angiome congénital chez un nouveau-né.

C. A. nous est apporté de la ville par une sage-femme qui nous donne les renseignements suivants :

Elle a été appelée le 24 juin 1898 auprès d'une marchande de vins, laquelle accouche spontanément dans la soirée de deux jumeaux.

Pas d'hydramnios.

Le premier enfant, bien portant, est laissé à la mère et il est actuellement très bel enfant.

Le second est celui qui nous occupe. On nous le porte le 24 juin au soir ; nous n'avons pas de renseignements sur le placenta et sur les membranes.

C'est un garçon, petit, chétif ; poids 2.100 gr. dont les cris sont plaintifs et qui paraît du terme de 8 mois environ.

Cet enfant est placé de suite dans une couveuse à trente degrés environ et surveillé.

(1) *Bull. soc. obst. et gyn. de Paris*, 1888, p. 116 et 1889, p. 70.

Le lendemain, cet enfant refusant de téter est alimenté au verre avec 5 gr. de lait de nourrice. Ce lait est bien supporté.

Le second jour, on augmente la quantité de lait.

Après sa diminution ordinaire, le poids reste stationnaire ; on augmente les prises de lait, mais de quelques grammes seulement.

L'enfant présente une tumeur décrite plus loin et dont on fait le moulage.

Dans l'après-midi, l'enfant semble souffrant, il refuse de boire, et se cyanose. On est obligé de recourir au gavage. 25 gr. de lait de nourrice sont bien supportés toutes les deux heures. Température normale.

Le troisième jour l'enfant présente un peu d'œdème des membres inférieurs. Le gavage est continué. Le poids reste stationnaire.

L'enfant succombe le 3 juillet, à 5 h. du soir.

Autopsie. — La tumeur occupe la région thoracique gauche débordant nettement la ligne médiane en avant et dépassant un peu du côté du cou la région sternale, y compris l'articulation sterno claviculaire droite, et aussi le bord supérieur de la clavicule. En bas, la tumeur s'arrondit et sa partie extrême aboutit sur la ligne axillaire gauche à peu près à la moitié de l'espace qui sépare les côtes de la crête iliaque. En arrière, la tumeur gagne la région correspondant au bord interne de l'omoplate et de là va rejoindre le bord supérieur de la tumeur où elle constitue un angle à sommet en dehors à peu près au niveau du bord externe du trapèze. La tumeur entoure donc d'une façon complète l'origine du bras gauche où elle se perd insensiblement. Il semble qu'au niveau du coude elle s'est évanouie complètement.

La peau est adhérente à la tumeur, qui est cependant manifestement sous-cutanée. Elle a conservé dans son apparence générale sa coloration, mais on trouve par ci et par là des plaques rouges violacées, et de gros vaisseaux qui serpentent au-dessous de la peau.

La tumeur dans sa totalité forme une saillie très considérable, qui semble donner à la moitié latérale gauche du thorax un volume au moins triple de la région thoracique droite. Elle est

flasque et ridée ; lorsqu'on la palpe, elle donne une sensation mollassse tout à fait particulière. Dans son intimité, on reconnaît des brides qui semblent la diviser en mailles de dimensions très différentes, grandes et petites, occupées par des cavités kystiques, les unes acquérant bien le volume d'une mandarine, d'autres ayant des dimensions de tous degrés, même si minimes qu'on les devine plus qu'on ne les démontre.

Dans les endroits occupés par les gros kystes, la peau semblait plus translucide.

La coloration de la peau ne présentait rien de spécial ; au niveau de la région lombaire il existait deux taches violacées dont l'aspect rappelait celui des ecchymoses cadavériques. Vers la région axillaire, on découvre une troisième tache nettement vasculaire ; elle est constituée par un réseau violacé très fin rappelant l'aspect d'une membrane cellulaire imprégnée au nitrate d'argent.

Au niveau des saillies largement fluctuantes, le tégument paraît jouir d'une certaine mobilité ; au contraire, en d'autres points, flanc, région axillaire, coude, la peau est froncée, adhérente et comme capitonnée. L'ablation de la masse montre les particularités suivantes : La tumeur est presque tout entière comprise entre la peau et la couche musculaire ; néanmoins, à l'incision de la région scapulaire, un kyste s'énuclée du muscle deltoïde. La tumeur se présente sous l'aspect d'une série de kystes juxtaposés, dont le volume varie des dimensions d'un petit pois à celles d'une grosse mandarine. La paroi de ces kystes est mince, lisse, transparente, parcourue par des vaisseaux souvent volumineux et de fins tractus conjonctifs qui s'entre croisent en tous sens. Dans l'intervalle des cavités kystiques on trouve en plusieurs points du tissu conjonctif et de nombreux pelotons adipeux. Après l'ablation, la tumeur examinée par sa face profonde, rappelle dans les points où les vésicules sont encore remplies, l'aspect d'une pleurésie scro-fibrineuse en voie d'organisation ; aux points où les vésicules se sont vidées, l'apparence est plutôt celle des colonnes charnues de la pointe du ventricule gauche. Le liquide contenu dans les loges de la tumeur est séreux et citrin. La tumeur dans son ensemble pèse 400 grammes.

L'examen du contenu des kystes montrait de très rares globules rouges, quelques globules blancs ; on ne rencontrait aucune

cellule endothéliale. La paroi des grosses cavités kystiques est formée d'un réseau très abondant de fines fibrilles conjonctives ; il existe de très nombreux capillaires ; l'imprégnation au nitrate d'argent révèle de gros noyaux endothéliaux régulièrement disposés, mais on n'arrive pas à délimiter nettement les contours cellulaires.

A l'ouverture de la cage thoracique, on trouve en arrière du plastron sternal un réseau vasculaire d'une extrême abondance, donnant un aspect tout spécial à la région.

Au niveau de la pointe du cœur, et au point de pénétration de la veine cave supérieure, le péricarde montre deux placards rouges, saillants, volumineux, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Ces petites tumeurs, qui font saillie dans la cavité pleurale, ressemblent à de petites tumeurs érectiles.

L'examen attentif du cœur et des gros vaisseaux, du poumon, du thymus et du corps thyroïde, du foie, de la rate, du pancréas et du tube digestif, ne montre ni angiome, ni malformation.

Les testicules situés dans le canal inguinal sont très congestionnés et présentent un aspect noirâtre ; il n'y a pas de kyste de l'épididyme, mais les veines du cordon à gauche sont très volumineuses et forment un réel varicocèle.

Cette autopsie nous donne donc déjà des renseignements d'une importance capitale : nous y voyons la coïncidence d'un kyste séreux congénital avec un nævus vasculaire de la peau, et deux angiomes du péricarde ; il existe, de plus, des modifications importantes des réseaux vasculaires : varicocèle et aspect spécial des vaisseaux sous-pleuraux. La coexistence des kystes séreux congénitaux et d'un angiome a déjà été signalé dans quelques observations très rares : Lannelongue et Achard ont noté chez un de leurs malades l'existence d'une tache vasculaire à la région frontale. Valenta a vu, dans un cas, une angiome caverneux se joindre à un kyste congénital et à une macroglossie. Mais dans aucune observation, on n'avait encore signalé des malformations vasculaires aussi nettes et aussi abondantes que dans notre cas. Ces malformations, qui, comme nous le verrons, atteignaient à la fois les vaisseaux lymphatiques et sanguins, présentent une importance bien plus grande que les malformations que l'on a vu jusqu'ici coïncider avec les kystes congénitaux, absence de la symphyse du maxillaire inférieur, spina bifida. Notre observation montre, en

effet, des malformations de tout le système vasculaire périphérique : l'examen histologique vient confirmer cette donnée.

Les fragments de la tumeur ont été pris au niveau où il existait des adhérences des kystes à la peau. On en a fait le durcissement dans divers réactifs, alcool au tiers, alcool à 90°, acide osmique, liquide de Müller, coloration à l'hématéine éosine, et à la théonine.

La couche épidermique est très nettement atrophiée ; on retrouve la couche la plus profonde des cellules épidermiques, au-dessus de laquelle se trouvent deux strates de cellules ovalaires horizontales, puis vient la couche cornée ; l'atrophie de l'épiderme est d'ailleurs moins marquée aux points où la tumeur n'adhère pas à la peau, les glandes sudoripares sont rares, mais fort longues, les poils et les glandes sébacées sont également rares, mais d'aspect normal.

Dans l'épaisseur du derme lui-même, mais au niveau de sa couche profonde, particulièrement dans les strates correspondant aux glomérules des glandes sudoripares, on trouve des cavités irrégulières, sinueuses, disposées pour la plupart parallèlement à la surface de l'épiderme ; elles ne possèdent pas de parois propres, mais sont situées entre les fibres conjonctives dont l'architecture détermine leur forme. Ces cavités très irrégulières sont munies d'un endothélium aplati à noyaux volumineux ; elles sont vides ou contiennent une substance granuleuse et quelques globules blancs. Ce sont des sinus, des lacs lymphatiques, qui tantôt sont isolés, tantôt viennent entourer les glomérules des glandes sudoripares. Ils n'entrent jamais en rapport direct avec les capillaires sanguins dont ils restent toujours séparés par une notable épaisseur de tissu conjonctif. Il existe des transitions insensibles entre les lymphatiques normaux et ces lacs lymphatiques tout à fait différents d'eux par leur forme et leur volume. Les lacs lymphatiques sont de plus en plus larges et nombreux, lorsqu'on se rapproche de la couche profonde du derme. Au-dessous et au milieu du tissu adipeux sous-cutané se montrent enfin les cavités angiomateuses. A leur niveau, on trouve encore, mêlés à de fins lymphatiques normaux, des lacs lymphatiques très nombreux groupés dans le tissu conjonctif qui forme la paroi du kyste, et distribué irrégulièrement à leur pourtour.

Enfin, en plusieurs points, on voit de larges cavités angiomateu-

ses se rétrécir peu à peu de façon à former une sorte d'estuaire où se jette un lymphatique, visible sur une assez longue étendue, l'endothélium de la cavité angiomeuse se continue manifestement alors avec celui du lymphatique.

Les lobules adipeux du derme peuvent entrer en rapports immédiats avec la cavité kystique, dans quelques cas ils sont recouverts seulement d'une très fine couche de fibres conjonctives et de l'assise endothéliale ; ils forment alors de véritables franges graisseuses.

Aupourtour de certaines cavités kystiques, les vaisseaux sanguins sont d'une extrême rareté ; dans d'autres points les capillaires sont très nombreux et forment un réseau autour de la cavité kystique dont ils restent séparés d'ailleurs par une couche fibreuse ; jamais il n'y a libre communication entre les vaisseaux sanguins et les cavités angiomeuses. Les capillaires sont en certains points volumineux, ectasiées et gorgés de sang.

Le tissu dans lequel se trouvent situés les kystes est formé d'un feutrage conjonctif sans caractères spéciaux. La paroi des kystes est formée d'une couche interne constituée par un revêtement endothélial continu à cellules aplaties, à noyaux volumineux et ovalaires ; cet endothélium est semblable à celui des lacs lymphatiques ; on ne trouve pas de figures karyokinétiques ou de boyaux cellulaires. Tantôt le kyste ne possède pas de paroi externe et est simplement creusé dans le tissu conjonctif ; tantôt celui-ci se condense de façon à former une paroi épaisse quelquefois richement vascularisée.

Sur les coupes examinées par nous, ces kystes étaient vides ou contenaient une substance coagulée, finement granuleuse, pauvre en éléments cellulaires, contenant seulement quelques globules blancs, la présence de quelques rares globules rouges est exceptionnelle. La recherche du glycogène faite dans de bonnes conditions est restée négative.

Les formes de passage entre les lymphatiques normaux et les kystes proprement dits, la structure des parois de ceux-ci, leurs connexions, leur contenu nous permettent de dire que ce kyste séreux congénital présente tous les caractères d'une véritable lymphangiome.

Angiome sanguin du péricarde. La tumeur, durcie à l'alcool, a été colorée à la thionine à l'hémathéine éosine, au picro-

carmin. Elle rappelle dans la disposition générale l'angiome lymphatique, deux caractères l'en distinguent : on ne trouve pas de larges kystes à paroi mince et membraneuse, le contenu de la tumeur est formé par du sang pur.

L'assise la plus profonde de la tumeur, face péricardique, est formée de deux couches musculaires, l'une transversale, l'autre longitudinale, au-dessus de celle-ci se trouvent des fibres musculaires disposées irrégulièrement et mêlées à un abondant tissu conjonctif ; de cette couche partent de nombreuses et fortes cloisons, très irrégulières, très ramifiées formant une série de cavités aréolaires de dispositions variées ; la constitution de la paroi de ces cavités rappelle celle des kystes de la peau, mais la condensation de la paroi conjonctive est bien plus marquée, les lobules adipeux sont rares ; enfin en aucun point nous n'avons trouvé de revêtement endothélial. Le contenu de ces cavités est formé par de très nombreux globules rouges auxquels se mêlent de rares globules blancs, on y trouve également des cellules aplastiques, desquamées sans doute de la paroi. L'épaisseur des cloisons fibreuses est creusé d'un nombre très considérable de cavités plus petites, arrondies ou irrégulières, vides ou plus souvent remplies de globules rouges ; en certains points il s'agit de capillaires ou d'artérioles ; en d'autres il s'agit d'un réseau angiomatoux, à paroi formée par du tissu conjonctif auquel se mêlent des fibres musculaires. Vers la surface pleurale le tissu conjonctif devient plus dense et plus riche en éléments cellulaires.

La pénétration des kystes séreux dans le médiastin a été signalée quelquefois mais dans notre cas il s'agit d'une tumeur du péricarde entièrement indépendante du kyste sous-cutané.

L'examen histologique montre de plus qu'il s'agit d'un angiome sanguin. C'est là un point intéressant, car les angiomes du péricarde sont d'une extrême rareté, le seul cas que nous ayons pu trouver est celui d'un malade de M. Gombault (1), qui mourut d'une péricardite hémorragique consécutive à la rupture d'une angine du péricarde.

L'un de nous a observé et voit encore en ville un enfant qui présentait une tumeur congénitale semblable à la précédente.

(1) Soc. anat., 1898.

Mme L. est très bien portante et aucun renseignement ne permet d'incriminer une tare héréditaire.

Ses deux enfants, l'aînée, une fille, est âgée de sept ans, le second, un garçon est âgé de quatre ans, ils se portent et se sont toujours portés très bien.

L'enfant qui nous occupe actuellement est une fille, troisième enfant, née le 10 mai 1897. La grossesse avait été tout à fait normale. Mme. L. dit même qu'elle avait été très souffrante à ses deux premières grossesses et que sa dernière grossesse s'était développée sans presque de malaises.

Elle accoucha juste à son terme. Les deux accouchements antérieurs avaient été plutôt rapides. Le troisième accouchement présente cette particularité qu'il traîne longtemps, le début du travail remontait au 8 mai et ne se termina que le 10 mai, c'est-à-dire deux jours plus tard, avec une accalmie pendant toute la journée du 9 mai. Le dégagement de la tête qui se présentait en position postérieure fut, en effet, irrégulier dans sa rotation.

Au moment de la naissance, nous constatâmes une tumeur qui siégeait au cou à gauche, remontant jusqu'à l'oreille, s'arrêtant à la clavicule en bas, au bord sterno-mastoidien en avant et s'étendait en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, elle s'étalait et pendait sur l'épaule correspondante.

La peau était flasque, mais normale, souple ; on sentait, à la pression des brides, des travées de noyaux durs qui ressemblaient à des ganglions lymphatiques hypertrophiés et à d'autres places de véritables tumeurs kystiques. La peau était fixée dans ses parties profondes à la tumeur avec laquelle elle fait corps. Elle est comme plaquée de places vasculaires et violettes. La tumeur était volumineuse comme le serait le poing d'un adulte.

Mme L. part à la campagne. Contrairement à ce que l'on craignait, la tumeur ne s'ulcéra pas et elle se réduisit spontanément.

Au commencement d'octobre, c'est-à-dire cinq mois après, la tumeur avait considérablement diminué de volume. On pouvait l'estimer aux dimensions d'une mandarine tout au plus. La peau qui la recouvrait était ridée et la palpation donnait l'impression d'une masse de trabécules dures séparées par des espaces plus mollasses. La tumeur paraissait si petite, que les parents avaient absolument renoncé à son ablation.

A cette époque, octobre 1897, l'enfant perce sa première incisive supérieure. Elle est prise d'une fièvre ardente. Temp. 40°.

Le lendemain matin la tumeur avait augmenté considérablement. Elle n'avait jamais été aussi volumineuse. L'enfant, qui n'avait jamais souffert de sa tumeur, ne pouvait faire aucun mouvement du cou sans pousser des cris perçants.

La tumeur était devenue tendue, rouge et très chaude. La peau se plissait mal au-dessus d'elle. C'est sur ces entrefaites que M. Broca fut appelé et qu'il jugea le cas si urgent qu'il fit incontinent, après appel de ses aides et préparation de ses instruments, l'ablation de la tumeur.

D'après la note que veut bien nous transmettre M. Broca l'opération consista en une dissection avec des ciseaux courbes de la tumeur après une incision dans le creux sus-claviculaire partant de la pointe vers la partie moyenne de la clavicule. En avant et en dedans la tumeur adhérait par un tissu lardacé et induré à la veine jugulaire, en bas à la veine sous-clavière. Elle ne paraissait pas plonger dans le médiastin.

On draina la plaie, on en sutura les bords avec des fils de soie.

Les suites de l'opération furent apyrétiques, la réunion fut obtenue par première intention. Les fils furent coupés le 8^e jour.

La marche clinique de cette observation vient compléter les considérations que nous avons développées à propos de notre première observation. Il nous a paru intéressant de rapprocher ces deux faits.

Discussion :

M. TISSIER. — J'ai observé une tumeur de même nature située au niveau de la cuisse d'une petite fille. J'ai fait pratiquer la vaccination à son niveau. Actuellement l'enfant a 5 ans et la tumeur a presque complètement disparu.

M. PORAK. — Je ne comprends pas très bien comment la vaccination a pu agir sur une tumeur sous-cutanée.

M. Paul PETIT : De l'emploi de la solution de chlorure de chaux en gynécologie.

C'est sur les conseils du D^r Calmette, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, que je fais actuellement un usage journalier de la solution de chlorure de chaux.

Historique. — Récamier, le grand précurseur, aurait employé l'eau de chlore et, Deslandes, la liqueur de Labarraque étendue, pour combattre la putréfaction placentaire. Les hypochlorites alcalins ont été également utilisés, depuis longtemps, pour le traitement des plaies virulentes, des ophtalmies (1), des angines à fausses membranes (Blache), et, en ce qui nous concerne, pour le prurit de la vulve (Darling 1826) la blennorrhagie tant chez l'homme que chez la femme (Blache et Jolly, Daumas et, plus près de nous, Frankel, Doyen) (3). La liqueur de Labarraque est encore journellement employée à Saint-Louis et à Saint-Lazare par MM. Fournier, Barthélemy en lotions, gargarismes, etc.

Choix du composé à base de chlore. — Le chlore gazeux sec est très toxique et serait d'ailleurs inefficace ? L'eau de chlore concentrée à 763 c. cubes par lit est très active : elle tue en cinq minutes à 15° les spores très résistantes du subtilis ; concentrée à 200 c. cubes seulement, elle tue en 1 min. les spores du charbon (Chamberland et Fernbach) (4). Malheureusement, même à un état de dilution où ses effets deviennent nuls, son odeur est insupportable.

Les hypochlorites à base de soude (liqueur de Labarraque) et de potasse (eau de Javel) sont souvent très irritants (5). Pour l'urétrite blennorrhagique chez l'homme la liqueur de Labarraque,

(1) GUTHRIE. — *London med. and phÿs. Journal*, 1827. — HESBERG. *Gaz. méd. Paris*, 1831.

(2) DAUMAS. — Thèse de Paris, 1826 : Nous y relevons plusieurs observations intéressantes de gonorrhées chez l'homme, guéries par la liqueur de Labarraque étendue, en l'espace de 5 à 6 jours. « On a cité », dit l'auteur, « bien des cas de guérison de leucorrhée, pas un n'a été publié. J'ai moi-même obtenu une cure en pareil cas. »

(3) DOYEN. — Traitement de la blennorrhagie par l'irrigation antiseptique discontinue. — Paris, Rueff et Cie, édit., 1894.

(4) CHAMBERLAND et FERNBACH. — La désinfection des locaux. *Annales de l'Inst. Pasteur*. Juin 1893.

(5) Daumas, déjà cité, l'avait déjà bien vu.

d'après Doyen, devrait être dosée à 1/100 ou tout au plus 1/50, et pour la vaginité blennorrhagique, ophtalmie purulente, à 1/50, 1/20. Or, à ce degré le plus fort de dilution, la liqueur de Labarraque qui, nous le répétons, est souvent nocive, ne dépasserait pas, comme valeur antiseptique, le sublimé à 1/100 (Doyen), tandis que la solution d'hypochlorite de chaux à 0 lit. 80 environ de chlore par lit (solution que nous conseillerons) équivaldrait à la solution de sublimé à *un pour cent* (Chamberland et Fernbach), tout en étant bien loin du titre qui pourrait offenser les tissus.

Je ne crois donc pas qu'on puisse hésiter à donner la préférence au chlorure de chaux sur les autres hypochlorites alcalins, et je compte démontrer, en m'appuyant sur des bases scientifiques récentes, sur une exacte posologie et l'observation des faits, qu'il y a *le plus grand intérêt* à en reprendre l'emploi.

Chimie. — L'hypochlorite de calcium chimiquement pur est un produit hors de prix et sans avantage pratique pour nous. Nous n'entendons parler que d'hypochlorite de chaux ou chlorure de chaux du commerce qui se présente sous deux formes : 1° sous forme d'une poudre blanche provenant de l'action du chlore sur la chaux éteinte, mélange d'hypochlorite, seul intéressant pour nous, de chlorure et d'oxyde de calcium. Traitée par l'eau, elle lui abandonne l'hypochlorite très soluble, le chlorure et un peu de chaux, tandis qu'il reste un excès de chaux insoluble. Elle dégagerait de 70 à 100 litres de chlore au kilo. 2° sous forme de chlorure de chaux liquide, provenant de l'action du chlore sur un lait de chaux et débarrassé de la chaux en excès par filtration.

Vu sa facile décomposition, le chlorure doit être conservé à l'abri de l'air, de la lumière, de l'humidité et de la chaleur. Il faut savoir qu'il attaque tous les métaux, voir même le verre, suffisamment du moins pour qu'il soit utile d'enduire soit de paraffine, soit d'un mélange d'axonge et de cire le bouchon du flacon qui le renferme, sous peine de ne pouvoir l'en retirer.

L'odeur dégagée par une solution faible de chlorure telle que celle que nous adopterons, est négligeable. Il sera cependant bon de ne faire la solution *usuelle* qu'au moment de s'en servir et de tenir bien bouchés les flacons contenant les solutions *mères*. Pour désodoriser les doigts, si l'on y tient (l'odeur qu'ils gardent ne dépasse pas celle du linge traité par l'eau de Javel), on aura

recours à l'eau chlorhydrique (une c. à café d'acide chlorhydrique pour un verre d'eau).

Ce serait une erreur de croire qu'en ajoutant de l'eau chaude à une solution forte de chlorure on doit craindre d'en faciliter la décomposition. Même à l'ébullition, cette décomposition n'est que très peu activée.

Action physiologique. — Le chlorure de chaux, comme les autres hypochlorites, agit en tant qu'oxydant et déshydrogénant. De cette action dépendent ses propriétés microbicides et désinfectantes.

Après avoir passé en revue les travaux déjà décisifs de Woronsoff, Sternberg, Martens, Joeger, etc.; Chamberland et Fernbach (1) se sont livrés à des expériences personnelles avec une solution de chlorure de chaux titrant 7 lit. 7 de chlore par lit. Nous en tirerons les conclusions très importantes que voici :

1° La solution de chlorure de chaux (titrant 7 lit. 7 de chlore par lit.) étendue à 1/10, est très énergique. Sur des germes humides, elle semble beaucoup plus active que l'eau de Javel ou la liqueur de Labarraque. Pour préciser, agissant sur les spores du subtilis et à la temp. de 15°, la solution de chlorure de chaux à 1/10 est beaucoup plus active que l'eau de Javel à la même dose. A 50° la même solution de chlorure de chaux possède à peu près la même activité que l'eau de Javel concentrée titrant 5 lit. de chlore par lit. ou l'eau de Javel à 1/2 ou 1/4. Il semble donc que pour poursuivre les germes dans les cavités naturelles l'hypochlorite de chaux soit préférable aux hypochlorites de soude ou de potasse.

2° Comme nous l'avons déjà dit, la solution de chlorure de chaux titrant 0.77 possède à peu près la même action que le sublimé à 1 %. D'autres antiseptiques, tels que le thymol, le lysol, lui sont également très inférieurs. De plus, cette solution est plus économique et peut être mise sans danger entre les mains de tout le monde.

3° « Si, dans la désinfection, quelques organismes échappaient à l'action de la solution désinfectante de chlorure de chaux, ils pourraient être tués par les vapeurs qui s'en dégagent ». Il y a donc là un complément d'action intéressant ; mais il est à remarquer, contrairement à ce qu'on pourrait croire, que l'effet des vapeurs est assez lent.

(1) Lot. cit.

4° Comme c'est l'ordinaire pour les désinfectants chimiques, l'intervention d'une température élevée est nécessaire ; il faut de 40 à 50° et, si l'on peut, davantage.

5° Les germes desséchés sont beaucoup plus résistants que les germes humides ; il faut, par suite, mettre les premiers une heure environ au contact de l'eau tiède avant de faire agir le désinfectant.

6° « *Un fait particulièrement digne de remarque, observé nombre de fois, sans jamais rencontrer une exception, est que la solution concentrée de chlorure de chaux, titrant 7 lit. 7 par lit., est infiniment moins active que cette même solution étendue de 10 et même 20 fois son volume d'eau ordinaire.* »

L'explication de ce fait échappe aux expérimentateurs : « Peut être », disent-ils, « l'hypochlorite de chaux concentré coagulant la couche externe de la spore empêche-t-il ainsi le désinfectant de pénétrer. »

Quoi qu'il en soit, cette constatation *in vitro* est à rapprocher de l'observation clinique qui tend à faire prévaloir l'emploi des solutions antiseptiques faibles dans les inflammations aiguës ou subaiguës des voies génitales, et semble démontrer que leur supériorité sur les solutions fortes ne dépend pas toujours uniquement d'une moindre irritation des tissus.

Le Dr Calmette, dans ses remarquables recherches sur le traitement de l'envenimation (1), s'est servi d'une solution titrant de 1 lit. 41 à 0,84 de chlore par lit. Il a constaté, chose très importante pour nous : que cette solution, grâce à sa faible alcalinité, n'irrite pas les tissus et ne provoque aucune souffrance chez les animaux ; *que l'on peut en injecter de grandes quantités sous la peau, dans les séreuses et même dans les veines sans provoquer aucun accident* (10 c.c. à 30 c.c. aux lapins).

Le pouvoir antiseptique du chlorure de chaux à l'égard de la toxine tétanique (Roux et Vaillard) et des venins (Calmette) est très prononcé.

L'injection sous-cutanée de la solution à 1/60 est toujours très efficace contre l'envenimation ; elle réussit contre une dose de venin mortelle en moins de 2 h. si elle est faite dans les 20 pre-

(1) Contribution à l'étude du venin des serpents. — Immunisation des animaux et traitement de l'envenimation, par le Dr Calmette. Ext. des *Annales de l'Inst. Pasteur*, mai 1894.

mières minutes qui suivent l'inoculation ; on peut encore réussir au delà de 50 minutes, avec une dose de venin capable de tuer en 1 h. 1/2, si on soutient l'énergie cardiaque avec la morphine (Calmette).

La chlorure de chaux solide, en sa qualité de déshydrogénant, est un dessiccant (Gubler). Le D^r S. Bonnet m'a fait observer qu'on semblait retrouver cette propriété dans les solutions étendues à l'égard des sécrétions morbides. De plus, comme les autres hypochlorites alcalins, le chlorure de chaux a l'énorme avantage de ne pas former comme le sublimé par exemple avec les matières albuminoïdes, un *coagulum* derrière lequel se dissimulent les microbes.

Posologie. — Il est donc entendu que le pouvoir antiseptique du chlorure de chaux n'est pas en raison directe de sa teneur en chlorure et que c'est au titre relativement faible et non irritant de 0,80 de chlore par lit., environ, que ce pouvoir est au maximum.

Etant donnée la facile décomposition des hypochlorites, la teneur du chlorure de chaux en chlore est assez variable. Il est donc préférable, si l'on veut savoir exactement ce que l'on emploie, de recourir à une solution titrée :

Prescription n° 1. — Avec de la poudre de chlorure de chaux bien conservée (c'est à-dire bien chargée de chlore), faire, par dilution dans l'eau froide, dans la proportion de 1/12 (1), une bouillie qu'on laissera reposer une heure, puis qu'on filtrera. On obtiendra ainsi une *solution mère* de chlorure de chaux.

On prendra le litre chlorométrique et l'on en fera, à l'aide d'un coupage à l'eau bouillie, tant de lit. de *solution forte* titrant environ 4 lit. de chlore par lit. (pour préciser, de 3 l.800 à 4 l.200). Cette *solution forte* sera gardée, bien bouchée et au frais, dans un flacon de verre noir fermé d'un bouchon à l'émeri garni de paraffine.

La malade ou l'infirmière, pour obtenir la *solution étendue*, usuelle, additionnera, immédiatement avant de s'en servir, la so-

(1) 100 g. de chlorure de chaux, dans 1200 g. d'eau donnant, après filtration à peu près 1 lit. de solution mère, il est bon, pour la commodité des dosages, de faire la bouillie avec x fois 100 g. de chlorure dans x fois 1200 g. d'eau.

lution forte de 4 parties d'eau bouillie et assez chaude pour que la solution étendue atteigne de 40° à 50°.

Cette solution étendue titrera de 0,76 (solution type de Chamberland et Fernbach) à 0,84. Pour obtenir à peu près un lit de solution *usuelle*, il suffit d'ajouter à 1 verre de solution *forte*, 4 verres d'eau bouillie. 1 litre de solution *forte* donne plus de 5 lit. de solution *usuelle*. Il sera bon de renouveler la solution forte à intervalles assez rapprochés, soit par exemple tous les 4 ou 5 jours, et de se rappeler que la solution étendue perd assez rapidement de son efficacité : bien entendu ce n'est qu'une question d'heures et non de minutes et je veux simplement dire qu'il vaut mieux préparer la solution faible avant chaque consultation ou opération.

Prescription n° 2. — On pourrait se dispenser de préparer la solution mère en s'adressant directement au *chlorure de chaux liquide* du commerce, dont il faudrait aussi connaître le *titre chlorométrique*, car il n'est différencié commercialement que par son degré aréométrique. Mais je ne m'en suis pas encore servi et, bien que ses éléments chimiques doivent être en principe les mêmes, je n'en réponds pas pour le moment. On aurait ainsi du reste une préparation plus dispendieuse.

Ces deux premières prescriptions sont certainement les plus exactes que l'on puisse désirer au point de vue du dosage. Elles sont en même temps très simples et très commodés pour les malades ou les infirmières, nullement sujettes à les induire en erreur. Mais elles exigent ordinairement l'intervention du pharmacien. Or le chlorure de chaux n'offrant pas le danger du sublimé ou autres toxiques puissants, sa manipulation peut être livrée à la malade et on y trouvera avantage dans certains cas, pour peu que l'on puisse, en pratique, se borner à des pesées.

Or, supposons qu'on ait recours, suivant l'indication de Chamberland, à une pâte à 10/120 et qu'on étende le liquide filtré à 1/10. Si l'hypochlorite employé répond au titre de 77 lit. de chlore au kilo, nous aurons la solution type de Chamberland. Supposons que le titre de l'hypochlorite soit double, ce que je ne crois pas possible, la solution, si je m'en rapporte aux tableaux de Chamberland (1), sera à peu près aussi active et elle sera encore loin

(1) CHAMBERLAND et FERNBACH, loc. cit.

d'être caustique. Supposons, au contraire, que le titre soit deux fois moindre, ce qui correspond à un hypochlorite de bien mauvaise qualité, bien éventé (1), la solution, d'après ces mêmes tableaux de Chamberland, serait également encore très active, beaucoup plus active que la solution mère.

Je crois donc suffisant, tout au moins pour l'injection vaginale de se borner à des pesées, en adoptant la formule de Chamberland pâte à 1/12, donnant par filtration un liquide qu'on étend à 1/10, soit en somme une solution à 1/120.

Prescription n° 3. — Additionner 100 gr. de poudre de chlorure de chaux bien conservée de 1200 gr. d'eau (c'est-à-dire environ 1 lit. et 1 verre). — Agiter. — Laisser reposer 1 heure, filtrer dans un entonnoir de verre avec un double de papier filtre et sur une bouteille d'un lit. On obtient ainsi 1 lit, environ de *solution forte* qui sera gardée bien bouchée, etc.

Mettre dans le bock un verre de cette *solution forte* pour 9 verres d'eau bouillie et suffisamment chaude pour obtenir une *solution usuelle* de 40° à 50°.

Chaque litre de *solution forte* devra fournir à 2 injections 1/2 environ. Il sera donc bon d'en préparer 2 litres à la fois, soit pour 5 injections.

Usages. — Le chlorure de chaux, à la dose sus-indiquée, me paraît apte à rendre les plus grands services en gynécologie.

Chamberland et Fernbach le considèrent comme le meilleur agent à employer pour la désinfection des locaux.

Semmelweis, en l'appliquant à la désinfection des mains de ses élèves sages femmes, fit disparaître, il y a longtemps déjà, les épidémies de fièvre puerpérale qui régnaient à la Maternité de Vienne. Geppert conseille à ce sujet l'immersion alternative dans une solution tiède de chlorure de chaux et une solution chlorhydrique à 3 % qui, en favorisant le dégagement du chlore, augmente la puissance antiseptique du 1^{er} liquide et désodore tout en même temps les mains. Ces deux solutions pourraient remplacer les solutions de permanganate de potasse et de bisulfite de soude qui sont journellement employées, avant les opérations,

(1) D'après les essais de Chamberland et Fernbach, le litre des chlorures du commerce ne doit guère descendre au-dessous de 70 lit. de chlore au kilo.

pour la désinfection des mains des opérateurs, de la peau et de la muqueuse vulvo-vaginale des malades.

Les récipients creux et profonds, comme les brocs, sont difficiles à stériliser. Ne pouvant guère songer à les flamber, on conseille actuellement de les traiter par l'eau régale, ce qui n'est guère pratique, ou la solution potassique à 20/1000. Le chlorure de chaux, à ce même titre, est beaucoup plus sûr. Comme il n'a guère de valeur, on peut remplir complètement le broc de la solution presque bouillante ; on l'y laisse séjourner quelques minutes ; on transvase dans un autre broc à stériliser, puis on lave le premier à l'eau bouillie, et, ainsi de suite. Cela fait, on peut être absolument certain de la stérilisation.

Tel est du moins l'avis du Dr Calmette, qui emploie couramment ce mode d'asepsie dans son laboratoire et le recommande aux industriels qui ont à manier les ferments.

Nous avons déjà essayé, le Dr Stéphane Bonnet et moi, la solution de chlorure de chaux contre la vulvo-vaginite, la cervicite tant externe qu'interne, le cancer inopérable, le balayage des eschares de l'hystérectomie vaginale... Ces essais sont trop récents pour que nous puissions y insister encore.

Ils nous ont cependant paru assez remarquables pour que nous engagions vivement nos collègues à suivre notre exemple, tout en les priant de nous communiquer leurs propres résultats.

Nous employons la solution de chlorure de chaux en injections, lotions, badigeonnages.

Nous croyons qu'il y a beaucoup à en espérer pour abréger la durée de la blennorrhagie féminine, pour traiter l'endocervite à glaires épaisses. Le sublimé, la créosote, le nitrate d'argent, etc., coagulent ces glaires et forment de la sorte aux micro-organismes, tapis dans le fond des glandes, un vernis protecteur qui les soustrait à leur action. Tout au contraire, le chlorure de chaux délite les albuminoïdes, les entraîne et déterge admirablement les surfaces suintantes.

Ainsi se trouve réalisé d'une façon simple ce qu'on a cherché à obtenir, de toute ancienneté, des fumigations, et, plus récemment, de vapeurs chargées d'antiseptiques, des vapeurs de brome (Nitot) qui ne laissent pas que d'être singulièrement plus irritantes pour les muqueuses et nécessitent un outillage spécial.

Une solution qui, tout en étant sans valeur commerciale, est 10

fois plus antiseptique que le sublimé à 1/1000, n'est ni caustique, ni toxique (même injectée en certaine quantité dans les veines) mérite bien d'être utilisée en injection intra-utérine dans l'infection puerpérale.

D'après les essais du D^r Calmette, on peut l'employer sans crainte en attouchements du périloin. Peut-être même pourrait-on l'utiliser, soit pure, soit étendue, en lavages intrapéritonéaux, suivant la méthode de Delbet, et après expérience faite sur les animaux.

Que peut-on lui reprocher ? — Son odeur ? Mais cette odeur est négligeable pour peu qu'on prenne d'élémentaires précautions.

D'attaquer les métaux ? — Mais les instruments qui sont en contact le plus direct avec elle peuvent être en verre : ainsi en est-il des bocks à injection, canules vaginales, sondes intra-utérines, valves. Je ne propose d'ailleurs pas d'en user au cours d'une opération nécessitant des instruments en métal, mais bien : avant.

D'être un vieux produit ? Mais, comme les vieilles gens, les vieux produits peuvent avoir du bon. Le tout est de savoir les utiliser.

Discussion :

M. DOLÉRIS. — Lorsque je me suis occupé de l'emploi des topiques intra-utérins j'étais convaincu que les médicaments dont je me servais (créosote, etc.), pouvaient supporter la comparaison avec les alcalins et qu'ils ne coagulaient pas les albuminoïdes. Je ne sais pas si, dans la pratique, nous trouverons une supériorité aux composés alcalins dont nous parle M. Petit, et j'ai bien peur que leur action ne soit que passagère.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 8 décembre 1898

Présidence de M. DOLÉRIS

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adoption du procès-verbal.

Correspondance : Lettre de M. Polaillon demandant l'honorariat.

Ouvrages reçus : Diverses brochures du Prof. Félice La torre (de Rome).—Etude sommaire sur la tuberculose par le Dr COROMILAS.

Communication : MM. PORAK : Utérus bipartitus globularis. Mort subite. *Discussion* : MM. DOLÉRIS, PORAK. — MM. DURANTE et GEORGHU : Pseudencéphalien thlypsencéphale. Examen histologique du bourgeon encéphalique.

Election du Bureau de 1899.

Election de M. Lemansky, membre correspondant national et de MM. Barreiro, Cumston, Serwood-Dunn, membres correspondants étrangers.

M. PORAK : Utérus bipartitus globularis, vagin double. — Déchirure spontanée de la cloison vaginale et section de la partie inférieure. — Mort subite le 13^e jour par embolie.

L'observation clinique a été rédigée par Mlle Henault, sage-femme en chef de la Maternité, celle de l'autopsie par M. le Dr Durante, chef du laboratoire.

La nommée B..., 22 ans, primipare, entre à la Maternité le 17 octobre. La menstruation est régulière, les dernières règles ont cessé le 4 février 1898. Grossesse à terme.

A l'examen on trouve un sommet fixé en O. I. D. P. enfant vi-

vant. Le vagin est séparé sur toute sa hauteur par une cloison antéro-postérieure légèrement oblique de la gauche vers la droite (épaisseur 1/2 centim. à peu près). L'index et le médius de la main droite pénètrent dans chacune des divisions et en aucun point ils ne sont en contact direct.

Une sonde métallique est introduite dans le vagin droit, pendant que l'index pratique le toucher dans le vagin gauche. Comme précédemment il n'y a pas contact direct.

Dans le vagin de gauche, il existe un col court, perméable dans toute son étendue. On arrive directement sur la partie fœtale à travers les membranes.

Dans le vagin droit, on sent dans le cul-de-sac un col dont il est possible, mais assez difficile, de reconnaître la saillie et l'orifice. Cet orifice est petit et entr'ouvert, il ne permet pas d'apprécier la partie fœtale dont il est séparé par une cloison.

On sent nettement le ligament rond du côté gauche qui est situé assez profondément en arrière. Celui de droite n'est pas perceptible. L'utérus est fortement incliné à gauche.

Du côté droit, dans la fosse iliaque, il existe une tumeur molle dont la consistance diffère nettement de celle de l'utérus gravide. Elle est située en arrière et a le volume d'un utérus de 2 à 3 mois.

A la percussion on a nettement la matité au niveau de la tumeur.

Le diagnostic de l'utérus double est posé par M. Porak.

11 novembre : Le col du côté gauche est effacé, il existe un commencement de dilatation ; la tête est profondément engagée et au moment où une contraction se produit, le petit utérus droit se contracte et semble indépendant dans sa partie supérieure de l'utérus habité ; il donne au moment de la contraction la sensation d'un fibrome pédiculé.

12 novembre, 7 h. du soir : Le travail est déclaré ; la dilatation marche progressivement, la tête s'engage de plus en plus en refoulant la cloison au-dessous d'elle.

La tête est mal fléchie, en O. I. H. P.

Contractions peu énergiques et espacées.

13 novembre, 3 h. matin : Bruit du cœur bons, dilatation de 5 cent.

7 h. *matin* : La dilatation est complète, rupture artificielle de la poche des eaux, la tête, toujours en D. P., ne s'est pas fléchie ; elle répond à peu près au niveau des épines sciatiques.

A chaque contraction, la parturiente pousse, la tête progresse très lentement et arrive sur le plancher périnéal, mais les contractions, rares et peu énergiques, font que la tête appuie très mal.

La cloison, déchirée en haut, intacte en bas, bride la tête dans le sens antéro-postérieur et probablement empêche la rotation de se faire, la tête, à cheval sur cette bride, se voit à droite et à gauche d'elle.

10 h. *matin* : M. Porak place alors deux pinces hémostatiques sur cette bride, une en avant, une en arrière, puis la sectionne.

On espère que l'accouchement va se terminer spontanément.

11 h. *matin* : Pas de progrès. Quelques contractions utérines très rares. M. Porak intervient. La tête ayant fait presque complètement son mouvement de rotation, reposant sur le plancher périnéal, on emploie le petit forceps de Pajot.

Extraction de l'enfant vivant (fille) du poids de 3.550 gr.

Diamètres de la tête : O. F. 11.7 ; O. M. : 14 c. ; B. P. : 9 c. 7 ; B. T. : 8 c. 2 ; S. O. B. : 10 c.

L'application du forceps a été directe, la prise bonne.

Examen : Délivrance naturelle complète.

Organes génitaux externes intacts.

En introduisant la main dans la cavité vaginale, on constate difficilement, en avant et en arrière, les restes de la cloison déchirée ou sectionnée ; on ne cherche pas à délimiter le col dont la mollesse et la minceur rendent l'exploration presque impossible.

On introduit ensuite la main dans l'utérus qui contenait le fœtus et dont les parois sont très épaissies.

On arrive à droite dans la cavité du second utérus qui paraît complètement indépendant de l'utérus gauche ; deux doigts étant introduits dans l'utérus gauche et deux dans l'utérus droit permettent de constater en haut l'existence de la séparation, qui est épaisse et dure.

Lorsqu'on abaisse la main comme pour la retirer, on sent que cette masse épaisse se prolonge par une cloison de séparation qui est beaucoup plus mince, qui a une étendue de plusieurs centi-

mètres et dont on ne peut reconnaître la longueur qu'en l'attirant vers soi. La paroi de l'utérus droit est très mince ; l'utérus droit est séparé de celui de gauche par un sillon facile à reconnaître.

Au toucher on ne trouve que deux ligaments ronds.

L'accouchée perdant en notable quantité du sang, après une injection intra-utérine, on fait un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée ; tamponnement qui est retiré le lendemain matin.

14 novembre : L'accouchée a bon appétit, elle donne le sein à son enfant, 2 injections vaginales, matin et soir, tous les jours.

15 novembre : Le bon état général persiste, l'appétit est bon.

Des crevasses étant survenues, on suspend l'allaitement.

17 novembre : La température s'élève le soir à 38°, l'accouchée n'accuse aucun malaise, elle n'a pas eu de frisson, elle ne souffre pas dans le ventre et elle va régulièrement à la garde-robe.

L'injection vaginale ramène un débris de caduque de 2 cent. de diamètre, environ, lequel n'a aucune odeur. Du reste, l'écoulement lochial a toujours été normal.

Le 22 novembre : L'enfant est envoyé en nourrice sur la demande de la mère.

23 novembre : L'accouchée est examinée au point de vue médical, on ne note rien de particulier.

25 novembre : L'accouchée se sentant très bien, demande à partir en convalescence ; elle semble un peu pâle ; d'autre part, ne disposant que très rarement de places pour l'asile de convalescence le vendredi, on la retient jusqu'au mardi suivant, lui promettant de la laisser partir.

26 novembre : A la visite du matin on trouve l'accouchée un peu pâle ; elle n'accuse absolument rien, aucun malaise, aucune douleur, elle a faim. Régime : Elle demande à rester au 1^{er} degré et lait ; on ajoute 1 banyuls.

Elle reste assise dans son lit et coud une partie de la matinée.

Au déjeuner, elle appelle l'infirmière pour lui réclamer les légumes qu'on a oublié de lui donner ; une voisine s'aperçoit aussitôt après le départ de l'infirmière que l'accouchée retombe dans son lit, en appelant au secours ; malgré tous les moyens employés, l'accouchée succombe ; il est midi.

Elle n'a jamais eu d'albumine ; elle prenait du lait en mangeant parce qu'elle le préférait au vin.

Autopsie 24 heures après la mort, le 28 novembre 1898. — Femme jeune, bien conservée. — Taches cadavériques sur les téguments dans les parties déclives, pas d'œdème ni de réseau vasculaire saillant.

A l'ouverture du thorax on ne remarque rien de pathologique.

Le *Péricarde*, ne contient pas de liquide, il paraît absolument normal.

Le *Cœur*, en diastole, ne montre à sa surface aucune vascularisation anormale.

Le myocarde n'est ni hypertrophié, ni aminci et présente une constitution normale.

Les orifices sont parfaitement sains. Le sang liquide que renfermaient les oreillettes s'est écoulé lors de la section des vaisseaux en enlevant le cœur, et les cavités, tant auriculaires que ventriculaires, vides de sang, ne contiennent même pas de caillots.

L'aorte et l'artère pulmonaire sont absolument saines.

Au sommet du *Poumon* gauche existe un tubercule caséeux en voie de calcification, du volume d'une noisette. Ce tubercule, très superficiel, a déterminé une adhérence pleurale à ce niveau.

Le reste de ce poumon et le poumon droit paraissent macroscopiquement sains ; pas d'autre tubercule visible à l'œil nu, pas de foyers, ni d'atélectase, ni de congestion pulmonaire.

Rien à l'extérieur ne signale aucun trouble circulatoire.

Les *Plèvres* ne contiennent pas de liquide et sont parfaitement physiologiques sauf au sommet gauche, où une adhérence limitée correspondait au tubercule indiqué plus haut.

Sur les coupes des poumons on ne constate également aucun état pathologique.

Mais, en ouvrant méthodiquement les artères pulmonaires, on découvre, au point où chacune d'elles se divise après avoir pénétré dans le poumon, à droite 3 caillots et à gauche 1 caillot rouges, cruoriques, oblitérant complètement la lumière arrondie des grosses ramifications pulmonaires.

Ces caillots ne siègent pas dans le tronc des artères pulmonai-

res droite et gauche, mais, à 1 cent. au delà de leur bifurcation dans leurs grosses branches. Ils ne sont pas adhérents à la paroi et ne s'étendent que sur une longueur de 1 à 2 centimètres.

Leur composition paraît homogène. Leurs extrémités proximales et distales ne sont pas effilées, mais se terminent par des surfaces un peu irrégulières.

En amont et en aval de ces caillots, les vaisseaux sont vides ou ne contiennent absolument que du sang liquide.

Pas de caillots dans le reste du réseau pulmonaire, pas plus dans les troncs pulmonaires que dans les petites branches intra-pulmonaires.

Le *Foie* volumineux est jaune, ainsi que cela est la règle après l'accouchement.

La *Rate* n'est pas volumineuse ; un peu molle, cependant, et friable.

Rein unique gauche ayant le double du volume d'un rein normal, mais, d'apparence, parfaitement sain.

Du côté droit, où il n'existe pas de rein, la *capsule surrénale* est aplatie de dedans en dehors et appliquée le long de la colonne vertébrale. En l'absence du rein qu'elle ne pouvait coiffer, elle s'est étalée sous forme d'une lame dont l'épaisseur de 2 à 3 centimètres est égale dans toutes ses parties.

Le *Péritoine* ne présente rien de pathologique.

Pas de liquide, pas de dépôt, pas de vascularisation anormale, ni dans la grande cavité abdominale, ni dans le bassin.

Les *Ganglions* ne sont ni hypertrophiés, ni plus nombreux que d'habitude.

L'*Intestin* n'offre rien de pathologique à la vue.

Sur le détroit supérieur s'étalent latéralement les deux *trompes* sur le bord interne desquelles sont accolés les *ovaires*. Ceux-ci, au lieu d'être arrondis, en amande, sont extrêmement long et minces. Leur diamètre longitudinal, qui mesure les $\frac{2}{3}$ de la longueur de la trompe, est de 4 à 6 fois plus long que leur diamètre transversal.

L'*Utérus*, bien revenu sur lui-même, présente, au niveau de son fond, une légère encoche peu appréciable, correspondant à sa cloison supérieure.

En regardant la pièce entière par le museau de tanche, le col

cloisonné montre l'ouverture des 2 cavités disposées côte à côte comme le canon d'un fusil à deux coups.

Après avoir incisé les 2 *cavités*, on peut s'assurer que la cloison est *complète* et s'étend depuis le fond jusqu'au col inclusive-ment.

Cette cloison, plus épaisse en avant qu'en bas, présente près de son bord inférieur un orifice laissant passer l'extrémité d'un petit doigt et faisant communiquer les deux cavités. Cet orifice est probablement consécutif à l'accouchement.

La cavité gauche, qui contenait le fœtus, représente les $\frac{3}{4}$ de l'organe. On y retrouve l'insertion placentaire. La surface de la muqueuse est normale, il n'y a pas traces d'infection, ni de déli-vrance incomplète.

L'autre cavité est plus petite, plus étroite par refoulement.

Dans chaque cavité s'ouvre une trompe dont l'orifice occupe la position habituelle.

Aucune trace de thrombose, de lymphangite, ni d'infection sur la surface de l'utérus et dans les ligaments larges.

Le *Bulbe* est sain.

Le *Cerveau* ne présente aucune hémorrhagie et semble normal dans toutes ses parties, sauf la glande pinéale hypertrophiée, qui contient un liquide clair et visqueux et dont les dimensions sont le double ou le triple des dimensions habituelles de cet organe.

En l'absence absolue de toute autre cause étiologique nous sommes obligé d'attribuer cette mort subite à des embolies pulmonaires représentées par les caillots oblitérant les branches pulmonaires.

Ces caillots cruoriques peuvent, en effet, être la cause de la mort, et leur non adhérence, ainsi que l'intégrité du parenchyme pulmonaire, sont expliquées par la soudaineté de la terminaison fatale.

Restait à élucider leur point de départ, chose plus difficile à déterminer.

Rien dans le cœur ne permet d'en faire le siège de leur développement.

Nous avons ouvert successivement tous les gros troncs veineux, y compris les fémorales, sans rencontrer la lésion primi-

tive, ni même autre chose que du sang liquide ; il n'y avait pas d'hémorrhoides visibles sur le rectum.

Enfin, en incisant la veine hypogastrique droite, nous avons trouvé, au point où elle reçoit son bouquet de branches afférentes, un caillot de 1 cent. de long environ et adhérent légèrement à la paroi, le long de son bord interne, près de l'abouchement d'une petite veinè.

La tunique interne du vaisseau paraissait à ce niveau légèrement dépolie et un peu plus rouge que celle de l'hypogastrique du côté opposé.

L'adhérence du caillot n'était pas encore bien solide, mais, par exclusion et parce que nous n'avons absolument rien trouvé ailleurs, malgré des recherches aussi complètes que possible, nous nous sommes cru autorisé à regarder, sous toutes réserves, cette thrombose de l'hypogastrique comme le point de départ des caillots pulmonaires dont l'embolie a déterminé la mort subite.

Il est à remarquer ici le volume énorme que représente la somme de ces 4 caillots ayant chacun plus de 1 centim. de long. L'ins-tantanéité de la mort, l'intégrité du parenchyme pulmonaire et les extrémités non effilées de ces caillots prouvent, en effet, qu'il ne s'est pas fait ici 4 embolies successives, mais que l'oblitération a été simultanée dans les différents vaisseaux. Cependant ces caillots pulmonaires représentent bien le volume exact de la masse embolique, car si celle-ci avait été plus petite, elle aurait poursuivi son chemin, l'oblitération se serait effectuée plus en avant dans le vaisseaux ; en outre, la forme même de ces embolies montre qu'il n'y a pas eu là de coagulation post-mortem. On s'explique mal qu'un seul embolus si considérable ait pu traverser le cœur en une fois ; d'autre part, il est peu probable que 4 fragments si volumineux se soient détachés en même temps de l'hypogastrique.

Il est probable que les débris de caillots partis de la veine malade étaient notablement plus petits que ceux que nous avons trouvés. Mais ils ont dû croître en route. Est-ce dans le cœur qu'ils ont grandi ? mais on ne trouve dans cet organe aucune trace de ces caillots ; peut-être ont-ils fait *boule de neige* au cours de leur trajet le long de la veine où la circulation est toujours très lente. Nous posons la question sans la résoudre.

L'*Examen histologique* a confirmé cette supposition basée sur les signes macroscopiques. Les coupes montrent à ce niveau une endophlébite très nette avec un caillot commençant à s'organiser.

Le caillot ne possède pas encore de vaisseaux néo-formés, mais l'endothélium proliférant a envahi déjà la fibrine sur une très notable épaisseur, au moyen de ces cellules ramifiées et anastomosées que la thionine met bien en évidence.

Les recherches du professeur Cornil sur l'*organisation du caillot* nous ont appris que chez l'animal, particulièrement chez le chien, opéré aseptiquement, les *vaisseaux néo-formés* développés aux dépens des cellules endothéliales ou conjonctives migratrices, apparaissent dès le quatrième jour.

Dans le cas qui nous occupe, l'observation clinique nous indique une lésion vasculaire remontant probablement à 7 jours, et cependant l'organisation du caillot est peu étendue et sans traces, encore, de vaisseaux néoformés. Il semble donc qu'ici l'*organisation s'effectue avec plus de lenteur*. Ceci peut s'expliquer soit par la *moins grande activité* des processus cicatriciels chez l'homme que chez le chien, soit par la nature *infectieuse* de la lésion veineuse. Ce fait concorderait avec les expériences de Duplay et Cazin qui ont observé également un certain retard dans l'oblitération du vaisseaux lorsque la plaie n'était pas aseptique.

La tunique moyenne de l'hypogastrique montre en outre quelques îlots inflammatoires de cellules rondes situés autour des *vasavorum*. Enfin, nous avons retrouvé des microbes dans les points altérés de la veine. Ces microbes, au niveau de l'endophlébite, dans la zone d'organisation, sont disséminés. Dans la tunique moyenne de la veine, au contraire, dans le voisinage du siège de l'adhérence du caillot, on les rencontre en amas, mais toujours inclus dans des éléments phagocytaires qui, bourrés de parasites, sont dispersés dans le tissu conjonctif.

Il n'existe pas de microbes dans les vaisseaux sanguins de la paroi.

Ces microbes, souvent disposés 2 à 2, jamais en chaînette, sont non pas ronds, mais ovoides, parfois légèrement allongés en forme de bâtonnets très courts, grêles et à bouts arrondis.

Ils se décolorent presque complètement par le Gram ; aussi rentrent-ils probablement dans la catégorie des *bactérium coli*.

Malheureusement il n'a pas été fait de cultures, car l'évolution clinique n'avait pas fait songer à une lésion infectieuse.

On peut à peu près affirmer que ces microbes ne sont pas survenus après la mort, car ils sont très exactement localisés au point malade de la veine et sont en outre souvent renfermés dans des cellules migratrices au milieu des parois du vaisseau.

Ailleurs, on n'en rencontre nulle part, ils paraissent donc avoir été l'agent déterminant de l'endophlébite.

Il s'agit donc ici d'une infection dont le point de départ est douteux (les coupes histologiques de l'utérus en différents points au niveau et loin de l'insertion placentaire, n'ont, en effet, pas montré d'infection nette de la paroi), mais qui, localisée au niveau de l'extrémité inférieure de l'hypogastrique, y a déterminé une endophlébite, puis des embolies pulmonaires mortelles.

La nature colibacillaire probable de l'agent infectieux cadre du reste avec la marche clinique ; cet agent, évoluant souvent sans élévation notable de température, ou tout au moins n'en déterminant parfois qu'une très minime.

C'est ainsi que Netter, Hayem (1) et nous-même (2), en 1893, avons insisté sur ce que les ictères graves à colibacilles, comme les ictères graves sans microbes par empoisonnement ou par auto-intoxication, ne font pas de fièvre, parfois même font de l'hypothermie, tandis que lorsque d'autres agents sont en jeu, l'élévation de température est notablement très considérable.

Discussion :

M. DOLÉRIS. — Dans la plupart de ces cas, la mort ne survenant qu'au bout de plusieurs jours, on ne trouve plus aucune trace d'infection dans l'utérus, et ce n'est que par la culture du sang qu'on peut déterminer quel est l'organisme qui a empoisonné l'économie. Il eût donc été ici très utile de faire l'examen bactériologique du liquide sanguin.

M. PORAK. — Jusqu'ici je suis presque toujours arrivé à

(1) HAYEM *Soc. méd. des Hôp.* 1893.

(2) G. DURANTE. Ictère grave apyrétique. *Soc. anatomique*, 1893, n° 24.

cette conclusion, que l'examen du sang donne un résultat négatif même chez des femmes manifestement infectées. Je n'ai pas trouvé de microbes dans le sang des femmes qui ont succombé et chez lesquelles l'autopsie a démontré l'infection.

M. DOLÉRIS. — Il est très clair qu'on ne trouve pas toujours le microbe, il faut donc mettre de côté un certain nombre de cas négatifs ; cependant on le rencontre quelquefois et c'est alors un excellent moyen de diagnostic dont il faut tenir grand compte.

**MM. DURANTE et GEORGHU : Observation de monstre
pseudencéphale-thlypsencéphale.**

La nommée Pauline Laurent, âgée de 22 ans, domestique. Primipare entrée à la Maternité, dans le service de M. Porak.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant. Mère morte de suites de couches.

Quatre sœurs et un frère, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Elle a marché à l'âge de 15 mois, jamais malade.

Premières règles à quinze ans, très régulièrement menstruées depuis cette époque.

Examen. — Pas de maux de tête, ni de maux de gorge ; pas d'adénopathies caractéristiques de la syphilis.

Grossesse. — Dernières règles le 4 février 1898. Pendant la grossesse, elle a eu des nausées et des vomissements. A un moment donné elle a cru perdre les eaux, ce qui l'a déterminée à entrer à la Maternité. Aucun traumatisme pendant sa grossesse.

Le 22 octobre 1898, à 4 heures 35 du matin, elle accouche d'un enfant du sexe féminin, mort-né, pesant 1530 grammes. Le placenta pèse 400 grammes.

Le père (mari de la femme) est ouvrier dans une fabrique de chapeaux, dans la Corrèze : La malade nous le décrit comme étant très faible, presque toujours souffrant ; elle ajoute que toute sa famille ne jouit que d'une santé précaire.

L'enfant est un monstre faisant partie de la classe des pseu-

dencéphales, et représentant lui-même le deuxième genre, c'est-à-dire « thlypsencéphale. » En effet, la boîte crânienne et l'encéphale sont remplacés par un bourgeon rouge foncé, du volume d'une petite mandarine. De plus, l'occipital n'était représenté que par l'apophyse basilaire et par ses masses latérales, ces dernières étant séparées l'une de l'autre, sur la ligne médiane postérieure. Enfin il y avait fissure médiane postérieure de toute la colonne cervicale.

La calotte crânienne et l'encéphale étaient, chez ce fœtus, représentés par une masse rouge foncé, à surface lisse et ayant la couleur et la consistance d'un caillot sanguin.

La dissection montrait qu'elle adhérait à la base du crâne.

Le nerf optique existait des deux côtés. Un peu plus grêle que sur un enfant normal, il pouvait être suivi jusqu'à la selle turcique, mais, à ce niveau, il se confondait avec le périoste avec lequel il contractait des adhérences intimes et disparaissait complètement sans former aucun chiasma. Nous n'avons pas pu disséquer et nous assurer de l'existence et du trajet des autres paires crâniennes. La moelle cervicale était normalement constituée ainsi que le bulbe, mais celui-ci s'arrêtait brusquement au niveau du bord inférieur de la protubérance annulaire que l'on ne retrouvait pas. Nous ne pouvons dire, d'une façon certaine, si cette solution de continuité préexistait ou si le bulbe se continuait dans le bourgeon encéphalique par un tissu mou et friable qui se serait déchiré au moment de l'examen. Cette extrémité supérieure de l'axe rachidien n'était, en effet, pas arrondie et mousse, mais présentait une surface plate, un peu rugueuse qui peut faire songer à une déchirure.

En incisant le bourgeon encéphalique on pouvait s'assurer qu'il était constitué par deux portions bien distinctes.

L'une, *superficielle*, épaisse de 1 à 2 mm., constitue une enveloppe complète. L'autre, *profonde*, plus épaisse à sa partie moyenne, a l'aspect d'un bourgeon saillant. Les deux portions sont séparées par un espace vide, mais se réunissent à la base où elles se confondent intimement. Ces deux portions, périphérique et centrale, donnent assez exactement l'impression d'une coupe antéro-postérieure du cerveau, la partie superficielle représentant l'écorce, séparée par le ventricule latéral du bourgeon profond

qui représenterait les noyaux gris centraux. Ce bourgeon central, du reste, à la coupe, n'a pas une couleur rouge uniforme, mais montre en plusieurs points des zones d'un gris rosé qui ne sont pas sans analogie avec du tissu nerveux.

Les coupes histologiques que nous avons pratiquées sur ce bourgeon céphalique nous ont montré qu'il n'était pas un caillot sanguin comme l'apparence extérieure pouvait le faire supposer, mais qu'il présentait une organisation très particulière.

La portion *corticale* est constituée de 2 couches bien distinctes. La plus périphérique, mince, mais d'épaisseur inégale, est formée par du tissu conjonctif fibreux plus dense à la surface, et chargé d'un assez grand nombre de cellules entre ses fibres. Il n'est tapissé d'aucun revêtement cellulaire régulier.

La couche profonde, qui se confond insensiblement avec la précédente, est représentée par un tissu extraordinairement vasculaire. Des vaisseaux énormes, dilatés, pleins de sang, s'y enchevêtrent et sont séparés par des travées conjonctives criblées elles-mêmes de petites lacunes, qui ne sont autres que des capillaires dilatés. C'est un véritable tissu *angiomateux*.

Au voisinage de la surface profonde, ce tissu angiomateux se subdivise en papilles, bourgeons irréguliers. Ces bourgeons, dont la plupart sont très vasculaires, sont revêtus et séparés par une couche régulière de *cellules épithéliales cylindriques et cubiques* à plusieurs assises, se prolonge en se ramifiant dans la profondeur. Lorsque ces bourgeons sont coupés en long ils affectent l'apparence d'un véritable papillome à portion centrale angiomateuse : ailleurs, au contraire, où ils sont sectionnés transversalement, ils prennent l'aspect de petits îlots vasculaires, entourés d'épithélium et ressemblent de loin à la coupe de villosités placentaires.

La portion *centrale* du bourgeon encéphalique montre également une structure variable suivant les points.

Dans sa région profonde, en rapport avec la base du crâne, on retrouve, comme plus haut, d'énormes vaisseaux distendus, mais ces vaisseaux, accolés les uns aux autres, ne sont séparés que par des cloisons conjonctives trop minces pour pouvoir renfermer les capillaires dilatés que nous avons signalés dans la substance corticale.

En s'élevant dans l'épaisseur des bourgeons, ces vaisseaux se séparent, s'étalent, se ramifient en éventail, et sont séparés par

un tissu fibreux constitué par des éléments conjonctifs, et surtout par des cellules fusiformes, très longues, bien régulières et bien énuclées. Ces travées fibreuses ont les formes les plus variables, mais quelques-unes, entourées de toute part par des vaisseaux, se présentant comme des îlots arrondis plus ou moins volumineux et grossièrement comparables par leur disposition et leur aspect général à d'énormes glomérules de Malpighi scléreux.

Dans la portion du bourgeon qui fait saillie dans la cavité centrale, les vaisseaux encore volumineux sont moins nombreux. Le tissu fondamental est représenté par de petites cellules, les unes rondes, les autres nettement *pyramidales* perdues dans une substance granuleuse sans structure bien nette. Ces cellules ne paraissent pas disséminées au hasard, mais semblent disposées en séries plus ou moins irrégulières. Il semble qu'il existe ici de la *substance grise* encore conservée, quoique déjà pathologique, car en plusieurs endroits se rencontrent soit des foyers hémorragiques diffus, dissociant ces éléments nerveux, soit des amas de cellules rondes formant des îlots inflammatoires autour de petits vaisseaux.

En certains points, ce tissu nerveux se condense, la substance fondamentale devient plus fibreuse et l'on peut trouver tous les passages entre la substance grise encore bien reconnaissable et du tissu fibreux scléreux.

Les vaisseaux que nous avons étudiés jusqu'ici, ne sont pas normaux. Tant dans l'écorce que dans le bourgeon central, ils présentent dans leur paroi externe une forte infiltration de cellules rondes qui les entoure d'un épais manchon inflammatoire.

En *résumé*, le bourgeon encéphalique de ce monstre présente une structure bien différenciée. Sa conformation macroscopique le rapproche de la conformation générale du cerveau. L'enveloppe *superficielle* figure vraisemblablement tout ce qui recouvre habituellement les ventricules moyens représentés, ici, par la cavité qui sépare les portions centrales et périphériques. On n'y rencontre pas trace ni de peau, ni de tissu osseux, mais les vaisseaux abondants et ramifiés qui la constituent sont assimilables à la *pie-mère*. Le revêtement épithélial papillaire qui recouvre sa face profonde présente les plus grandes analogies avec la *pie-mère* interne des plexus choroïdes et nous semble devoir être interprété dans ce sens. Ici les *pies-mères* interne (ventricu-

laire) et externe (corticale) ne sont pas séparées par de la substance grise ; le tissu nerveux étouffé, comprimé par les vaisseaux dilatés, ayant disparu sans laisser de traces, leur a permis de fonctionner complètement.

Les bourgeons *profonds* représentent, croyons-nous, les *noyaux gris centraux*. Nous n'y avons pas observé de tubes nerveux, mais ceux-ci sont difficiles à mettre en évidence dans une pièce qui n'avait pas été conservée en vue de leur recherche ; en outre, même dans de bonnes conditions, il n'est pas toujours facile de les mettre en évidence à cette époque de l'existence des tubes nerveux, qui sont encore, en grande partie, privés de myéline. Par contre, nous avons retrouvé quelques débris de substance grise bien reconnaissables.

Ce fœtus a donc possédé à un moment donné un *cerveau* probablement normal qui a subi ultérieurement une véritable transformation angiomateuse. Ce cerveau n'a pas été recouvert régulièrement par les enveloppes protectrices cutanées et osseuses. Cette absence de protection l'exposant pendant le cours des derniers mois de la grossesse à des traumatismes constants, explique peut-être les altérations observées qui peuvent relever d'hémorragies multiples et répétées. Cependant, les infiltrations inflammatoires périvasculaires abondantes que nous avons signalées sont tellement semblables à des gommages, sont, en tout cas, si nettement infectieuses, que nous croyons devoir attribuer au moins une certaine importance à ce côté de la question. Il est impossible d'affirmer la syphilis sur le simple examen de ces coupes, mais celles-ci montrent des lésions ayant la plus grande analogie avec des lésions syphilitiques. Mais une cause inflammatoire, infectieuse ou physique, en tout cas agissant par l'intermédiaire des vaisseaux doit avoir été mise un moment en cause précédant ou suivant la non oblitération de la fente ectodermique céphalique.

Nous nous bornerons donc à dire ici, en concluant, que, chez ce pseudencéphale, contrairement à ce que l'on a soutenu jusqu'ici, le bourgeon encéphalique représente un ancien *cerveau* bien développé à un certain moment de l'existence, et dans lequel, si les enveloppes craniennes font défaut, on retrouve encore : 1° les pics-mères interne et externe (la substance corticale intermédiaire ayant disparu) ; 2° les noyaux gris centraux. L'ano-

malie de développement essentielle est la réunion imparfaite des lèvres du sillon céphalique laissant à découvert le cerveau en voie d'évolution. Ce cerveau, soit sous l'influence seule de traumatismes dont l'action était favorisée par cette absence de téguments, soit en suite d'infection, de périartérite syphilitique ou autre et d'hémorragies a subi une distension énorme de ses vaisseaux qui peu à peu l'ont transformé en un véritable tissu *angiomateux* où les éléments nerveux encore conservés sont rares et en grande partie dissociés par des hémorragies plus récentes.

L'existence du tissu nerveux dans le bourgeon céphalique des pseudencéphales est loin d'être la règle. Les examens histologiques publiés jusqu'ici ne signalent que du tissu conjonctif et de nombreux vaisseaux. Il semblait donc que ce bourgeon dût provenir uniquement du mésoderme et qu'il y ait peut-être eu, chez ces enfants, absence du repli ectodermique aux dépens duquel se développent les vésicules cérébrales. Notre observation tend à montrer, au contraire, que chez ce pseudencéphale, le repli ectodermique, l'encéphale se sont normalement développés jusqu'à une certaine période, mais qu'il s'est altéré *ultérieurement*, probablement en suite du non développement des segments cutanés et osseux du crâne, de traumatisme ou d'infection. C'est à ce titre que nous avons cru intéressant de publier avec quelques détails cet examen histologique.

ÉLECTION DU BUREAU DE 1899.

Election d'un 2^e vice-président.

M. Schwartz est élu.

Election d'un membre correspondant national.

M. le Dr Lemansky est élu.

Election de membres correspondants étrangers.

MM. Cumston, Barreiro, Sherwood-Dunn sont élus.

La séance est levée.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A		kylose chez des femmes rachitiques..... 141	
Accouchement. Complication de l'A — par un kyste dermoïde.....	57	BLONDEL (R.).....	53, 174
Accouchement prématuré. Voy. rigidité cicatricielle du col.		BONNET.....	168
Accouchées. Examen gynécologique des A-.....	21	BUDIN.....	105, 138 147
Allocutions de M. Richelot, président sortant et de M. Doléris, président entrant.....	1	C	
Aménorrhée. Voy. traitement hydrominéral.		CHARPENTIER. 7, 27, 99, 134, 151,	168
Anévrisme. A- entre l'aorte et l'artère pulmonaire consécutif à une endocardite infectieuse, résultant d'un avortement.....	69	Chorée. Observation de C — pendant la grossesse....	3
Angiome congénital. A- chez un nouveau-né.....	213	Chlorure de chaux en gynécologie. Emploi du C-.....	222
Anomalie. A- du système génital, absence d'utérus et d'ovaire, vagin insuffisant, dilatation avec un appareil en caoutchouc..	140	Col. Voy. rigidité cicatricielle du col.	
Antiseptiques. Voy. chlorure de chaux.		Crevasses du mamelon. Traitement des C — par l'orthoforme.....	174
Avortement. Voy. anévrisme, placenta abortif.		CUMSTON (de Boston).....	139
B		Curettage. Voy. utérus.	
BAR.....	19	D	
BARREIRO (de Mexico) 98, 99,	126	Déformations de la tête fœtale avec oligo-amnios..	104
Ballotement céphalique dans l'oligo-amnios.....	104	D'HERBECOURT.....	28, 31
Bassin rétréci. Cinq B-transversalement sans an-		DOLÉRIIS. 5, 21, 27, 53, 57, 61, 77, 81, 98, 107, 114, 129, 134, 138, 149, 171, 182, 198, 206, 212,	230
		DUMAS.....	119
		DURANTE (G.).....	13, 61
		Dysménorrhée. Voy. traitement hydrominéral.	
		E	
		Endocardite infectieuse résultant d'un avortement.	69

Endo-papillome de la trompe.....	149	I	
Epaule. Voy. rigidité du col.		Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un nouveau-né.....	106
Examen gynécologique des accouchées.....	21	J	
F		JOUIN.....	140
Faisceaux de Goll. Lésion congénitale systématisée des F-.....	61	K	
Fœtus. Déformations de la tête du F-.....	104	KIRMISSON.....	19
FOURNEL.....	60	Kyste. K- dermoïde et accouchement.....	57
FOURNIER (d'Amiens).....	141	— K- wolffiens de la vulve	33
G		L	
GAUTHIER (de Luxeuil).....	151	LABUSQUIÈRE.....	168, 208
GEORGHIN.....	71	Laparotomie. Voy. grossesse extra-utérine, rigidité du col.	
Gommes congénitales des sterno-mastoïdiens.....	13	LEMANSKI (de Tunis).....	153
Grossesse extra-utérine. G- remontant à 24 ans, dont l'expulsion s'est faite par l'intestin. deux grossesses à terme postérieures.	31	LEMONNIER.....	31
— G et hémorrhagies tubo-variques.....	182	Ligaments ronds. Raccourcissement intra-abdominal des L- par inclusion pariétale.....	198
— G- tubo-abdominale....	107	LOVIOT.....	3, 4, 98, 135, 139
— Rupture traumatique de l'utérus au cours de la G-	75	LUTAUD.....	135, 139
— Infection rénale au cours de la G-.....	7	M	
Gynécologie. Emploi du chlorure de chaux en G-.	222	MACREZ.....	149
H		Mamelon. Traitement des crevasses du M-.....	174
Hématomyélie chez un nouveau-né.....	28	MASBRENIER (J.), 69, 104....	106
Hémorrhagies génitales. Voy. grossesse extra-utérine des filles nouveau-nées.		MAYGRIER.....	148, 174, 197
HERBÉCOURT (d'-).....	7,	MERLE.....	99
HIVET.....	75	Métrite gangréneuse de cause puerpérale.....	206
		Moelle. Lésion congénitale systématisée de la M-....	61
		Monstre double. Cas de M- sternopage.....	71
		N	
		NATHAN-LARRIER (L.).....	213
		Nouveau-né. Cas d'angiome congénital chez un N-....	213

—Cas d'hématomyélie chez un N—.....	28		
— Hémorrhagies génitales des filles N—.....	81		
— Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un N—.....	106		
— Prolapsus congénital de l'utérus et spina bifida chez un N—.....	114		
O			
Oligo-amnios. Déformation de la tête fœtale et absence de ballotement céphalique dans un cas de présentation du siège avec O—.....	104		
OLIVIER.....	56		
Opérations. Voy. psychoses.	151		
Orthoforme. Emploi de l'O—.	174		
Ovaires. Cas d'absence des O—.....	140		
P			
PASTEAU.....	7		
Perce membranes. Sur un nouveau P.....	5		
PETIT (Paul). 77, 134, 169, 195,	222		
Phlébite d'origine puerpérale, pied bot phlébitique.	77		
PICHEVIN (R.).....	33		
Pied bot phlébitique.....	77		
Placenta abortif. Rétention d'un P—. sulfate de quinine, expulsion spontanée.....	135		
POITOU-DUPLESSY.....	135		
PORAK... 19, 57, 73, 134, 138, 156, 169, 206, 213,	221		
Présentation du siège avec oligo-amnios.....	104		
Prolapsus congénital de l'utérus et spina bifida chez le nouveau-né.....	114		
Psychoses systématisées post-opératoires chez la femme.....	129		
		R	
		Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.....	198
		Rachitisme. Voy. bassin.	
		Rapports sur les candidatures de M. Barreiro, 126; de Cumston, 139; de Gauthier, 151; de Lemansky, 153; de Sherwood-Dunn,	172
		Rénales. Infections — au cours de la grossesse....	7
		RICHELOT.....	172
		Rigidité cicatricielle du col accouchement prématuré, rupture utérine, présentation de l'épaule, laparotomie, guérison.....	156
		Rupture utérine. R— probablement traumatique au 3 ^e mois suivie de l'expulsion du fœtus et des annexes dans le ligament large.....	175
		S	
		Sein. Voy. crevasses.	
		Sérum artificiel. Sur l'emploi du S— chez les nouveau-nés.....	4
		SHERWOOD-DUNN (de Boston)	172
		Siège. Voy. oligo-amnios.	
		Spina bifida et prolapsus congénital de l'utérus chez le nouveau-né.....	114
		Sterno-mastoldiens. Gommages congénitaux des S—	13
		Sulfate de quinine. Voy. placenta abortif.	
		Supérinvolution. Voy. utérus.	
		T	
		TISSIER.....	126
		TOUVENAIN.....	151
		Traitement prolongé des accouchées.....	21

— T — hydrominéral de l'aménorrhée et de la dysménorrhée.....	99	— Rupture probablement traumatique de l'U— au 3 ^e mois de la grossesse....	75
TREUB.....	57		
Trompe. Endo-papillome de la T—.....	149	V	
U		Vagin. Disparition du V—.	206
Utérus. Cas d'absence de l'U—.....	140	— V— insuffisant.....	140
— Disparition totale de l'U—.....	209	Vaginite gangréneuse de cause puerpérale.....	206
— U— bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours du curettage.....	53	Ventouse mammaire.....	119
— Prolapsus congénital de l'U— et spina bifida chez un nouveau-né.....	114	Version. Voy. rigidité du col.	
		Vulve. Kystes wolffiens de la V—.....	33
		W	
		WEBER (Léon).....	33

